

## 令和4年度 子ども会安全共済会 様式集

- 加入-02S  
(作成要領①・⑪) 契約者申込書
- 加入-11S  
(作成要領⑤・⑬) 掛金等報告書
- 請求-01  
(作成要領⑥) 事故第一報報告書
- 請求-11  
(作成要領⑦) 医療共済金 請求書兼事故証明書
- 請求-12  
(作成要領⑧) 個人情報の取扱いについての同意書
- 請求-21  
(作成要領⑨) 医療報告書
- 請求-22  
(作成要領⑩) 柔道整復施術報告書
- 加入-21S  
(作成要領⑮) 変更届

※ 上記の様式は、全国子ども会連合会のホームページからExcelやPDFファイルでダウンロードすることができます。作成の際は、必ず様式番号を確認のうえ使用して下さい。

◇ 加入関連様式 <https://www.kodomo-kai.or.jp/共済様式ネット用>

◇ 請求関連様式 [https://www.kodomo-kai.or.jp/kyosai\\_yousiki/](https://www.kodomo-kai.or.jp/kyosai_yousiki/)

自分で作成したものは使用できませんのでご注意ください。

※ 令和3年度までの様式は破棄して下さい。

〔福岡市子ども会育成連合会 事務局〕

○ TEL 092-402-1695 (休日を除く月～金曜日 9～12時、13～17時)

○ FAX 092-402-1696 (24時間)

○ ホームページ <http://www.kodomo-kai.or.jp/fukuokashi/>

○ 電子メール [fukuokashi@kodomo-kai.or.jp](mailto:fukuokashi@kodomo-kai.or.jp)

(電子メールは必ず受信設定(ブロックの解除等)をして下さい。)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中  
(都道府県子連・政令指定都市子連へ提出)

提出日 令和 年 月 日

受付印  
都道府県・政令指定都市子連

### 契約者申込書 (第 \_\_\_\_\_ 回)

団 体 名 (市区町村子連名)	
代 表 者 名	

#### <申込状況>

加入単位子ども会総数	今回申込数		前回までの申込数	累計加入単子数
	新規	団体	団体	団体
	追加	団体		

書類加入	項目		今回申込数	前回までの申込数	累計加入者総数	
	種別	幼児		名	名	名
		小学生		名	名	名
		中学生		名	名	名
		高校生 高校年齢相当		名	名	名
		育成者・指導者 事務局職員		名	名	名
合計			名	名	名	

書類加入の場合は加入申込書(加入-11)、加入者名簿2(加入-12)、年間行事計画書(加入-13)を添付してください。

ネット加入		名	名	名
-------	--	---	---	---

ネット加入の場合は、単位子ども会から提出された安全共済会掛金等報告書<共済様式>加入11-Sを添付してください。

書類加入・ネット加入 合計		名	名	名
------------------	--	---	---	---

#### 1. 共済掛金等

共済掛金等	円	加入月が4月～9月 → 70円×人数 加入月が10月～3月 → 60円×人数
都道府県・政令指定都市 子連運営費等	円	円×人数
合計金額	円	

共済掛金等=共済掛金50円+全子連運営費20円(10月以降加入の場合は共済掛金40円となります。)

#### 2. 会費の納入

指定口座に

令和 年 月 日 に振り込みます。

<個人情報の取り扱いについて>  
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

(市区町村子連名)

安全共済会掛金等報告書

(提出日) 令和 年 月 日

追加欄

追加加入の場合は上記欄に○表示を記入願います。

単位子ども会名	
単位子ども会番号	
担当者名	
電話番号	

「全国子ども会安全共済会」掛金等を下記のとおり報告いたします。

今回加入者数
名

今回加入者の登録日
～

<共済掛金等>

掛金等送金合計			①+②+③
内訳	安全共済会等掛金 <sup>②</sup>	円×人数合計	① 円
	都道府県・政令指定都市子連等子ども会会費	円×人数合計	② 円
			③ 円
送金日(持参日)			月 日

② 4月～9月加入は一人70円、10月以降加入の場合は一人60円となります。

安全共済会等掛金、都道府県・政令指定都市子連等子ども会会費等は合算して送金願います。  
加入者登録・年間行事計画登録・定例活動登録はシステム登録の通りです。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。  
ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

被共済者番号 No.
---------------

## 全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・医療)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

都道府県子連・指定都市子連へ提出

報 告 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

市 区 町 村 子 連 名 \_\_\_\_\_

地 区 ・ 学 区 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_

報 告 者 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 ( ) \_\_\_\_\_

都道府県・指定都市子連受付印	
担当者	

### 事 故 内 容

日	付	年	月	日 ( )	時	刻		天候
被 害 者	氏名	男・女		歳	学年 (幼・小・中・高・育・指)			
子 ども 会 名				子ども会番号				
行 事 名								
発 生 場 所								
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)								
KYTの実施状況								
都道府県 指定都市子連 確認欄	安全共済会加入確認							
	共済掛金入金確認							

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

「全国子ども会安全共済会」 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中 都道府県・指定都市子連 代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名 福岡市子ども会育成連合会 (印)

所属市区町村等子連名 代表者名 (印) 単位子ども会名 単位子ども会番号

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

請求者情報表 (住所、氏名、連絡先、被共済者) と 請求日 (年月日) の入力欄。また、添付書類 (医療費領収書、診療明細書、医療報告書) の枚数と、お振込先金融機関 (銀行・信金・信組等) の口座番号・フリガナ・口座名義の入力欄も含まれる。

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

災害状況報告書兼事故証明書欄 (管理者氏名、年齢、職、日時、場所、事故発生状況、治療経過) の入力欄。事故発生状況と治療経過には、(傷病部位)傷病名、診療機関名、診療期間などの詳細な記入が必要。

(事故状況)

傷害部位 (全身・頭部・顔部等)、活動分類 (スポーツ・マラソン等)、症状分類 (打撲・骨折等) の入力欄。また、都道府県子連・指定都市子連の確認欄と、往復の経路図 (事故発生場所が往復途中の場合) の記入欄も含まれる。

個人情報の取り扱いについて 本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

市区町村子連 (受付日、担当者) と 都道府県指定都市子連 (受付日、請求完了日、担当者) の記入欄。

## 個人情報取り扱いについての同意書

御中

---

御中

---

御中

---

私は、      年      月      日発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

### 記

1. 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
2. 以下の資料の交付・貸し出し(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
  - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
  - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日       年      月      日

・ 住 所 \_\_\_\_\_

・ 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

患者(被共済者)様との関係[本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他(        )]

(注)同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

      生年月日       年      月      日生

### ＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範

2018.10.1改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

医療報告書

氏名				男・女	生年月日			
住所								
傷病名	(1)							
	(2)							
	(3)							
診療期間と報酬点数	初診日	年	月	日	合計点数			
	治癒日	年	月	日				
	通院			入院				
	月	日間	点	月	日間			点
	月	日間	点	月	日間			点
	月	日間	点	月	日間			点
	月	日間	点	月	日間			点
	月	日間	点	月	日間			点
月	日間	点	月	日間	点			
						点		
医 療 機 関	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関 住所 _____ 病医院名 _____ (医師名) _____ 印 TEL _____ ( ) _____							

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。公益社団法人全国子ども会連合会 全国子ども会安全共済会の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

## 柔道整復施術報告書

被施術者 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

受傷日 年 月 日

施術期間 年 月 日 ~ 年 月 日

施術日数 \_\_\_\_\_ 日

施術部位 \_\_\_\_\_

負傷名 \_\_\_\_\_

### 保険分(10割の金額を記入願います)

＜初検料・再検料等＞	初検料	円
	初検時相談支援料	円
	再検料	円
＜施術情報提供料＞		円
＜往療料＞		円
＜施術料等＞	整復・固定施療料	円
	後療料	円
	温罨法料	円
	冷罨法料	円
	電療料	円
計		円

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

施術所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印

電話 \_\_\_\_\_

#### <個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。



# 変更届



提出日	令和 年 月 日
団体名(市区町村子連等名)	
代表者	



提出日	令和 年 月 日
単位子ども会名	
単位子ども会番号	
代表者	
連絡先	

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

## 1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	氏名	性別	年齢	転入月	備考
				月	
				月	
				月	
				月	
				月	
旧所属団体	市区町村等子連名				② 転入者が発生した場合はネット加入の加入者情報に転入者の情報を入力し、備考欄に旧所属の子ども会名を記入してください。
	単位子ども会名				
	単位子ども会番号				

## 2. 名簿訂正

訂正する加入者	氏名	訂正内容	備考

＜個人情報の取り扱いについて＞  
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2022.01改訂