各単位が作成 ①

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中

市区町村等子連受付日	（記入しない）

ネットで加入者情報、行事計画を入力後、本報告書を作成し、校区に提出する。

共済掛金等報告書(ネット加入用)

（提出日）　令和　8　年　5　月　1　日

市区町村等子連	安全校区子ども会育成連合会
単位子ども会	安全ハイツ子ども会
単位子ども会番号	（記入しない）
担当者	安全　葵
連絡先電話番号	090-1234-○○○○

新規	○
追加	

該当に「○」表示を記入願います。

共済掛金等を下記のとおり報告いたします。

加入者情報・年間行事計画・定例活動はネット加入登録のとおりです。

1.今回加入者数

80 名

ネット上で登録した日

2.今回加入者の登録日

4月5日　～　4月30日

3.共済掛金等(今回加入者分)

加入者数 × 市子連会費200円

送金額（㊟）	16,000 円	送金(納金)日	5月1日

㊟　安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

【累計加入状況】

種別	幼児	小学生	中学生	高校生等	育成者等	合計
人数	5 名	50 名	4 名	2 名	19 名	80 名
	(うちジュニアリーダー数)		4 名	2 名		6 名

高校生等→高校生・高校年齢相当　　育成者等　→　育成者・指導者・事務局職員

＜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。

校区が作成 ②

福岡市子ども会育成連合会　　御中
（都道府県・政令指定都市子連に提出）

単位子ども会の②③⑤を確認後、校区で合計して作成。
①～⑤を揃えて、市子連に提出する。

（提出日）令和　8　年　5　月　15　日

令和 8 年度（第 1 回）
共済加入書類送付案内　兼　加入状況報告書

団体名 （市区町村等子連）	安全校区子ども会育成連合会
担　当　者	安全　一郎
連絡先電話番号	090-1234-OOOO

1.添付書類（添付書類に○印を記入ください。）

03		04		05		06	○

2.今回加入状況

加入者数
× 市子連会費200円

加入者	200 名	うち書類加入	80 名	送金額(㊟)	40,000 円
		うちネット加入	120 名	送金(納金)日	5月15日

㊟　安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

＜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。

令和5年1月改訂

各単位が作成 ③

<共済様式>20

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中

事故発生の日から，その日を含めて30日以内に市子連にFAXまたはメールして確認を受ける。(必着)

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）

市区町村等子連受付日	（記入しない）

都道府県・指定都市子連受付日	

(提出日)　令和　8　年　6　月　8　日

市区町村等子連	安全町2丁目子ども会
代表者	安全　和子
担当者	安全　良太
連絡先電話番号	090-1234-○○○○

事故内容

報告者	佐々木　功	被共済者との関係	親権者		連絡先電話番号	090-1234-○○○○	
事故日	令和　8　年　6　月　7　日（　日　）			時刻	17:00	天候	晴
学区・地区	（記入しない）						
単位子ども会	安全町2丁目子ども会			単位子ども会番号	（記入しない）		
被共済者	佐々木　祥子		男・女	12　歳	6　学年		
行事名	校区ドッジボール大会に向けての練習						
発生場所	福岡市立安全小学校体育館						

事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況）

ドッジボールの練習を試合形式でしている途中、相手チームのアタックボールをキャッチミスし、右手中指を痛めた。直ぐに育成者の方からコールドスプレーで冷やしてもらい、帰宅したが、痛みと腫れが引かないため同日友吉整形外科病院を受診したところ，右手中指第2関節剥離骨折とのことで、固定に約１ヶ月経過観察が必要との診断を受け加療中。

事故の状況は誰が読んでも分かるように詳しく書いて下さい。
何をしていてけがをしたのか。どこをけがしたのか。
どのような応急措置をしたのか。いつ、どのような経過で受診したのか。
どのように診断されたのか。その後の加療指示はどうか。

KYTの実施状況	5月31日に校区KYT講習会を実施，６月7日の練習開始前にも突き指に関するKYTを実施した後に練習を始めた。

都道府県・指定都市子連確認欄	加入者名簿確認		共済掛金入金確認		行事確認		請求書受付確認	

<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。

各単位・校区が作成　④

<共済様式>21

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中

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

単位子ども会	安全町2丁目子ども会
単位子ども会番号	（記入しない）
市区町村等子連	安全校区子ども会育成連合会

都道府県 指定都市子連	福岡市子ども会育成連合会	事故証明印
代表者	会長　伊藤　嘉人	㊞

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。

自署の場合は省略可

ご請求者	住所	〒　810　－　0000 福岡市中央区安全町2丁目〇－〇	ご請求日	令和　8　年　8　月　1　日	
	氏名	佐々木　功　㊞	被共済者 住所	〇　請求者住所に同じ 〒　－	
	連絡先	090　－　1234　－　0000	氏名	佐々木　祥子	性別　女
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他（　　）	生年月日	平成26　年　5　月　12　日　12　歳　6　学年	

添付書類	①	医療費領収書(写)　4　枚	③	医療報告書（「1」の書類がない場合。費用は自己負担）
		診療明細書　　枚	④	その他　年間行事計画書 練習日が載った子どもたちへのお便り
	②	個人情報の取扱いについての同意書		

お振込先金融機関	安全　銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・（　　）	ゆうちょ銀行　（数字3桁）店
	安全町　支店　普通預金以外の場合（　） 口座番号 1234567	口座番号
	口座名義(カタカナ)　ササキ　イサオ	口座名義(カタカナ)

＜災害状況報告書兼事故証明書欄＞

管理者	氏名	柿沼　茂雄	年齢　42　歳	子ども会の役職	副会長

事故日	令和　8　年　6　月　7　日　（　日）	時刻	17:00	事故日が土日祝・春夏冬休み以外の日で、休日となった理由	学校行事の代休、開校記念日 その他
発生場所	福岡市立安全小学校体育館				
行事名	校区ドッジボール大会に向けての練習			就学前3年以下の被共済者の場合	安全共済会加入の保護者の同伴　有　無
天候	晴	参加者数	20　名		

事故の原因と経過	事故発生の状況	ドッジボールの練習を試合形式でしている途中、相手チームのアタックボールをキャッチミスし、右手中指を痛めた。直ぐに育成者の方からコールドスプレーで冷やしてもらい、帰宅したが、痛みと腫れが引かないため病院を受診する。			
	治療の経過及び状況	（傷病部位）傷病名	右手中指第２関節剥離骨折		
		診療機関名１	友吉整形外科病院	診療期間	6 月 7 日 ～ 7 月 31 日
		治療の経過と状況	レントゲンで確認したところ、右手中指第2関節骨折との診断、固定に約１ヶ月経過観察が必要との診断を受け、加療、通院を続け治癒との診断を受ける。		
		診療機関名2		診療期間	月　日 ～　月　日
		治療の経過と状況			
		※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は別紙にて上記項目と同内容を記載の上提出してください。			

（事故状況）

傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部
症状分類	打撲・骨折・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他（　　）
活動分類	スポーツ【ドッジボール・ソフトボール・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・サッカー フットベースボール・キックベースボール・バスケットボール・ポートボール・マラソン・相撲 アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・その他のスポーツ（　　）】 運動会・キャンプ・ハイキング・野外炊飯・花火大会・祭り・その他レクリエーション（　　） 社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中

都道府県・指定都市子連確認欄（確認済は〇）		行事計画書	往復の経路図（事故発生場所が往復途中の場合）
		名簿	掛金入金確認

＜個人情報の取扱いについて＞
本共済[illegible]ども会連合会が共済引受の審査[illegible]
また[illegible]務委託先、共済金の請求・支[illegible]
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[illegible]

校区担当者が受け取り，確認をした日を記入。
会長または担当者が押印またはサイン

平常の生活ができるようになってから，または事故発生の日からその日を含めて180日を経過した日の何れか早い日から，60日以内に⑥～⑩の書類を揃え市子連に郵送または持参する(必着)

市区町村等子連使用欄	受付日	担当者
	（記入しない）	安全良太

都道府県指定都市子連使用欄				月

請求者が作成 ⑤

<共済様式>22

個人情報の取扱いについての同意書

友吉整形外科病院　御中

複数の医療機関を受診した場合は，全ての名称を記入する。3箇所以上の場合は複数枚に書く

御中

御中

私は、令和　8　年　6　月　7　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
   (2)　レントゲンフィルムなどの検査資料

⑦医療共済金明細書の「請求者」の住所，名前を記入する。
患者(被共済者)が
◇ 大人の場合は本人
◇ 子どもの場合は親権者(保護者)

・同意日　令和　8　年　7　月　31　日

自署の場合は省略可

・住　所　福岡市中央区安全町2丁目〇ー〇

・氏　名　佐々木　功　印

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　福岡市中央区安全町2丁目〇ー〇

氏　名　佐々木　祥子

生年月日　（昭和・平成・令和）　26　年　5　月　12　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囲に限定します。

令和5年1月改訂

病院が作成 ⑥

<共済様式>23

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	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
受傷日 発症日	令和　　年　　月　　日			

傷病名	(1)
	(2)
	(3)

領収書を紛失した場合に作成。
かかる文書料は全額請求者の負担

診療期間と報酬点数	初診日　令和　　年　　月　　日					合計点数
	治癒日　令和　　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		＿＿＿点
	月	＿＿＿日間 点	月	＿＿＿日間 点		

選定療養費（初診及び時間外診療分）	円	食事療養費	円

医療機関	上記のとおり相違ありません。 令和　　年　　月　　日 医療機関　住　　所 病 医 院 名 医　師　名　　㊞ T　E　L　　（　　）

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。

令和5年1月改訂

整骨院･接骨院が作成 ⑦

〈共済様式〉24

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　(昭和･平成･令和)　年　月　日

受傷日　令和

施術期間　令　　日

施術日数

施術部位

負傷名

整骨院, 接骨院に受診した際に作成。
〈文書料がかからない場合〉
本報告書の作成を依頼, 受領する。
〈文書料がかかる場合〉
本報告書ではなく, 柔道整復師に無償で交付することが義務付けられている,「平成22年 厚生労働省通知による別紙様式1」の領収証を受領する。
【参考のため次ページに様式1を添付】

保険

＜初検料・再		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

令和　年　月　日

住　所

施術所名

氏　名　㊞

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。

令和5年1月改訂

（別紙様式１）

【参考】平成22年 厚生労働省通知による別紙様式1の領収証
平成22年5月24日厚生労働省通知保医発524第3号により
柔道整復師に無償交付が義務付けられている領収証様式
～ この様式は整骨院等に備えられており，持参する必要はありません ～

領　収　証

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

保険分合計	円
① 一部負担金	円
② 保険外	円
合計金額（①＋②）	円

平成　　年　　月　　日

上記合計金額を領収いたしました。

住所

施術所名

氏名　　㊞

電　話

各単位が作成 ⑧

<共済様式>06

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中

市区町村等子連受付日	（記入しない）

共済掛金等報告書(ネット加入用)

（提出日）　令和　8　年　10　月　16　日

市区町村等子連	安全校区子ども会育成連合会
単位子ども会	安全ハイツ子ども会
単位子ども会番号	（記入しない）
担当者	安全　葵
連絡先電話番号	090-1234-○○○○

新規	
追加	○

該当に「○」表示を記入願います。

共済掛金等を下記のとおり報告いたします。

加入者情報・年間行事計画・定例活動はネット加入登録のとおりです。

1.今回加入者数

2　名

2.今回加入者の登録日

ネット上で登録した日

10月16日　～　10月16日

3.共済掛金等(今回加入者分)

加入者数
× 市子連会費200円

送金額（㊟）	400 円	送金(納金)日	10月16日

㊟　安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

【累計加入状況】

種別	幼児	小学生	中学生	高校生等	育成者等	合計
人数	名	2 名	名	名	名	2 名
	(うちジュニアリーダー数)		名	名		0 名

高校生等→高校生・高校年齢相当　　育成者等　→　育成者・指導者・事務局職員

＜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。

校区が作成 ⑨

<共済様式>02

福岡市子ども会育成連合会　　御中

（都道府県・政令指定都市子連に提出）

単位子ども会の⑫⑬を確認後、校区で作成。⑪～⑬を揃えて、会費とともに各区定例会、市子連に持参する。

記入しない

（提出日）令和　8　年　10　月　19　日

令和 8 年度（第　　回）

共済加入書類送付案内　兼　加入状況報告書

団体名 （市区町村等子連）	安全校区子ども会育成連合会
担　当　者	安全　一郎
連絡先電話番号	090-1234-OOOO

1.添付書類(添付書類に〇印を記入ください。)

03		04		05		06	〇

2.今回加入状況

加入者数
× 市子連会費200円

加入者	4 名	うち書類加入	2 名	送金額(㊟)	800 円
		うちネット加入	2 名	送金(納金)日	

㊟　安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

記入しない

＜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。

令和5年1月改訂