

令和8年度 福岡市子ども会 安全共済会様式

- 〈共済様式〉 06
(作成要領①・⑧) 掛金等報告書 (ネット加入用)
- 〈共済様式〉 02
(作成要領②・⑨) 共済加入書類案内 兼 加入状況報告書
- 〈共済様式〉 20
(作成要領③) 事故第一報報告書
- 〈共済様式〉 21
(作成要領④) 医療共済金 請求書兼事故証明書
- 〈共済様式〉 22
(作成要領⑤) 個人情報の取扱いについての同意書
- 〈共済様式〉 23
(作成要領⑥) 医療報告書
- 〈共済様式〉 24
(作成要領⑦) 柔道整復施術報告書
- 〈共済様式〉 07,08 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。必ず様式番号を確認のうえ使用して下さい。

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。

〔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
(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

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

共済掛金等報告書(ネット加入用)

(提出日) 令和 年 月 日

新規	
追加	

該当に「○」表示を記入願います。

市区町村等子連	
単 位 子 ど も 会	
単 位 子 ど も 会 番 号	
担 当 者	
連絡先電話番号	

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

名

2. 今回加入者の登録日

～

3. 共済掛金等(今回加入者分)

送金額(注)		送金(納金)日	
	円		

注) 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	名	名	名	名	名
	(うちジュニアリーダー数)		名	名		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。

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)

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

(提出日) 令和 年 月 日

令和__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)	
担当者	
連絡先電話番号	

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	うち書類加入		送金額(注)	円
	名	名	送金(納金)日	

注) 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

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	
----------------	--

(提出日) 令和 年 月 日

都道府県・指定都 市 子連受付日	
------------------------	--

市区町村等子連	
代 表 者	
担 当 者	
連絡先電話番号	

事 故 内 容

報 告 者		被共済者 との関係		連絡先 電話番号	
事 故 日	令和 年 月 日 ()	時刻		天候	
学 区 ・ 地 区					
単 位 子 ども 会		単位子ども会番号			
被 共 済 者		男・女	歳	学年	
行 事 名					
発 生 場 所					

事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況）

KYTの実施状況

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。

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

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	単位子ども会	
代表者	会長 伊藤 嘉人	㊟	単位子ども会番号	
			市区町村等子連	

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。

ご請求者	住所	〒 _____	ご請求日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	氏名	_____ ㊟	被共済者	住所	〒 _____ 請求者住所と同じ
	連絡先	_____		氏名	_____ 性別 _____
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 歳 学年 _____
添付書類	1 医療費領収書(写) _____ 枚 診療明細書 _____ 枚	3 医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)			
	2 個人情報の取扱いについての同意書	4 その他			
お振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・() 支店 普通預金以外の場合() □座番号 _____		ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁) 店 □座番号 _____		
	□座名義(カタカナ)		□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	_____	年齢	_____ 歳	子ども会の役職	_____
事故日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	時刻	_____	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	_____			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
行事名	_____			参加者数	_____ 名
天候	_____			有	無
事故の原因と経過	事故発生 の状況	_____			
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	_____		
		診療機関名1	診療期間	_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日	
		治療の経過と状況	_____		
	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○)	行事計画書 _____ 名簿 _____ 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 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。

市区町村等子連 使用欄	受付日	担当者	都道府県 指定都市子連 使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月 改訂

個人情報の取扱いについての同意書

御中

御中

御中

私は、令和 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 令和 年 月 日

・ 住 所

・ 氏 名 ⑩

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（昭和・平成・令和） 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

令和5年1月改訂

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	昭和・平成・令和	年	月	日
受傷日	令和	年	月	日			
傷病名	(1)						
	(2)						
	(3)						
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	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	月	日間	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 院 名						
	医 師 名 印						
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。

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施術期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 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
	温電法料	円
	冷電法料	円
	電療料	円
計		円

令和 _____ 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。

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

変更届(単位子ども会用)

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

(提出日) 令和 年 月 日

市区町村等子連	
単位子ども会	
単位子ども会番号	
担 当 者	
連絡先電話番号	

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)

	新会員 NO.	氏名	種 別	学 年	3歳 以下	転入月	旧会員 NO.	旧所属団体		
								市区町村等子連	単位子ども会	単位子ども会NO
転入者						月				
						月				
						月				
						月				

2. 加入者名簿の変更・訂正

変更・訂正 する 加入者	会員NO.	氏名	変更・訂正内容

4. 代表者変更 (新)

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	
変 更 日		

(旧)

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	

令和7年1月改訂

〈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、保健医療等の特殊な非公開情報(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。

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

変更届 (市区町村等子連用)

kyosai@kodomo-kai.or.jp
全国子ども会連合会 共済G アドレス

(提出日) 令和 年 月 日

〈共済様式〉08変更届はメールに添付して全国子ども会連合会および所属の都道府県・指定都市子連あて送付願います。
変更完了連絡はご登録いただいたメールアドレスに全国子ども会連合会からご連絡いたします。

団体名 (市区町村等子連)	
代表者	⑩

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します。

変更内容 (変更箇所のみ記入)

新	(フリガナ) 代表者	
	団体住所	〒
	連絡先電話番号	
	書類送付先住所	〒
	宛名	
	連絡先電話番号	
	連絡用メールアドレス	
	変更日	



旧	(フリガナ) 代表者	
	団体住所	〒
	連絡先電話番号	
	書類送付先住所	〒
	宛名	
	連絡先電話番号	
	連絡用メールアドレス	

〈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。