

「全国子ども会安全共済会」で利用する様式について(契約申込関係)

平成26年12月

作成者	様式番号	様式名	内容	提出先		備考
				宛名	提出先	
市区町村 子ども会 連合組織	加入-01	契約申込書	規約(※1)にのっとり、市区町村子ども会連合組織の代表者が共済契約者となり申込み際に作成する。	全国子ども 会連合会	都道府県・指 定都市子ども 会連合組織	前年度から継続して申し込む場合は、前年度末(3月31日)までに契約申込の手続きを完了する。 都道府県・指定都市子ども会連合組織は、受領後、原本を全国子ども会連合会に送付する。
	加入-02	契約者申込書	単位子ども会から、市区町村あてに加入の申込(※2)があった場合に作成する。	全国子ども 会連合会	都道府県・指 定都市子ども 会連合組織	前年度末までに“加入-01”で契約申込をした場合は、4月1日から5月31日までの単位子ども会からの加入申込をまとめて提出する。 6月1日以降はその都度提出する。
市区町村 子ども会 連合組織			共済契約者が変更となった場合に作成する。	全国子ども 会連合会	都道府県・指 定都市子ども 会連合組織	

※1：事業方法書第3条第1項

※2：名簿、行事計画書及び掛金の提出

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)

共済契約申込書

団 体 名 (市区町村子連名)	
(ふりがな) 代 表 者 名	(印)
住 所	〒 ー 電話() ー

共済約款を承認し、次のとおり共済契約を申し込みます。

1. 申込日 平成 年 月 日

2. 被共済者の加入予定人数 _____ 名

3. 共済掛金等の予定金額
共済掛金 50円 予定人数 _____ 人 = 合計金額 _____ 円
全子連運営費 20円
 円 × 人 =

4. 共済証書交付の有無
どちらかに✓してください。✓がない場合は共済証書の交付はいたしません。

共済証書の交付を希望します。

共済証書の交付を希望しません。

以上

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)

契約者申込書(第 回)

団体名 (市区町村子連名)	
(ふりがな) 代表者名	印
住所	〒 - 電話() -

＜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		

項目		今回申込数	前回までの申込数	累計加入者総数
会 員	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
参 考	中 学 生	名	名	名
	高校生・高校年齢相当 ジュニアリーダー	名	名	名

- 共済掛金等[共済掛金50円(10月以降加入は40円)+全子連運営費20円]
70円(加入月が4月～9月)×人数 _____円
60円(加入月が10月～3月)×人数 _____円
- 加入年月日 平成 _____年 _____月 _____日
- 会費の納入 指定口座に 平成 _____年 _____月 _____日に振り込みます。

受付印
都道府県子連・指定都市子連

＜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

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)

団 体 名 _____
(市区町村子連名) _____
代 表 者 名 _____ (印)
単 位 子 ども 会 名 _____
単 位 子 ども 会 番 号 _____
代 表 者 名 _____
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. 所属変更(転入)届

所属変更 加入者名	新会員No	氏 名	性別	種 別	学年	年齢	旧会員No	備 考
			男・女	幼・小・中・高・育・指				
			男・女	幼・小・中・高・育・指				
			男・女	幼・小・中・高・育・指				
転入月								
旧所属団体	市区町村子連名							
	単位子ども会名							
	単位子ども会番号							
備考								

2. 改姓届

改姓する 加入者名	会員No	旧 氏 名	新 氏 名	備 考

3. 代表者変更届

旧代表者	ふりがな _____
市区町村子連	代表者氏名 _____ (印)
単位子ども会	住 所 〒 _____
(いずれかに○)	電話番号 _____
新代表者	ふりがな _____
市区町村子連	代表者氏名 _____ (印)
単位子ども会	住 所 〒 _____
(いずれかに○)	電話番号 _____
変更理由	

＜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。