
令和5年度市町村子ども会連絡協議会事務担当者会議

資 料

子ども会安全共済会事業

【愛知県子ども会連絡協議会ホームページ】

安全共済会の各様式がダウンロードできます

<http://www.aichi-fukushi.or.jp/kodomokai/>

令和4年度 安全共済会加入者集計

No	地区名	子ども会数	幼児	小学生	中学生	高校生	指導者	ネット	加入者合計
1	豊橋市	119	1,322	4,935	725	70	3,084	0	10,136
2	岡崎市	180	1,257	8,602	614	170	8,281	0	18,924
3	一宮市	328	177	11,898	140	7	5,091	0	17,313
6	春日井市	20	40	979	22	12	453	0	1,506
7	豊川市	162	129	7,952	281	13	2,217	0	10,592
9	碧南市	23	87	2,480	88	61	644	0	3,360
10	刈谷市	52	25	1,739	1	2	316	0	2,083
12	安城市	105	41	4,735	16	11	1,988	0	6,791
13	西尾市	1	0	0	37	6	30	0	73
14	蒲郡市	64	30	1,939	13	6	434	0	2,422
15	犬山市	61	59	1,232	45	5	481	0	1,822
16	常滑市	10	23	325	4	0	116	0	468
17	江南市	36	21	1,218	1	0	433	673	2,346
19	稲沢市	108	72	3,982	0	0	1,305	0	5,359
21	東海市	52	91	2,468	9	6	818	0	3,392
22	大府市	96	53	2,652	14	4	398	0	3,121
23	知多市	37	59	1,657	3	1	553	0	2,273
27	岩倉市	25	53	1,211	1	0	735	0	2,000
28	豊明市	38	0	0	0	0	0	1,570	1,570
29	日進市	41	79	1,934	10	9	412	0	2,444
30	田原市	35	2	1,664	14	2	138	0	1,820
31	愛西市	49	113	1,020	36	4	999	0	2,172
32	清須市	69	112	2,837	43	4	1,003	0	3,999
33	北名古屋市	40	100	1,438	12	22	895	0	2,467
34	弥富市	32	12	677	0	0	318	0	1,007
35	みよし市	22	4	2,660	198	7	356	0	3,225
36	あま市	15	60	712	0	0	628	0	1,400
37	長久手市	18	5	43	9	4	30	664	755
38	東郷町	12	10	680	3	1	118	0	812
39	豊山町	19	25	359	9	7	227	0	627
41	扶桑町	34	12	1,709	1	0	318	0	2,040
42	大治町	9	41	270	0	0	149	0	460
43	蟹江町	44	87	1,331	2	0	663	0	2,083
44	飛島村	8	0	280	0	0	64	0	344
45	阿久比町	21	36	1,553	1	0	210	0	1,800
47	南知多町	0	0	0	0	0	0	0	0
48	美浜町	6	1	345	0	0	29	0	375
49	武豊町	13	19	309	23	2	183	0	536
50	幸田町	25	15	1,920	0	1	626	0	2,562
51	設楽町	9	16	134	2	0	141	0	293
99	県子連	1	0	0	0	0	29	0	29
*	合計	2,039	4,288	81,879	2,377	437	34,913	2,907	126,801

令和4年度 子ども会安全共済会申請状況(愛知県)

1. 月別

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	10	9	13	10	1	7	5	7	5	1	1	2	71

2. 種別

種別	幼児	小学生						中学生 (JL)	高校生 (JL)	指導者 育成者	その他	合計
		1	2	3	4	5	6					
件数	2	2	2	1	13	11	24	0	0	16	0	71

3. 行事別

No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	合計
行事	水泳	ソフトボール	野球	バレーボール	ドッジボール	ポートボール	バスケットボール	サッカー	マラソン	運動会	相撲	アスレチック	サイクリング	スキー	スケート	キックベースボール	その他のスポーツ	キャンプ	ハイキング	炊飯	花火	祭り	レクリエーション その他のレクリエーション	奉仕活動	集団活動	研修会	往復途中	(交通事故)	合計
件数	0	22	0	0	12	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	18	5	0	0	0	0	0	3	4	2	0	0	0	71

行事参加の際の往復または移動中に発生したものを記入し、交通事故については内数として○内に記入。

4. 部位別 (重なる場合も記入。関節部は末端部位に入れる)

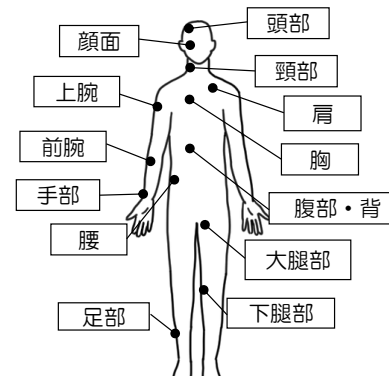
部位	頭部	顔部	頸部	肩部	背部	胸部	腰部	腹部	上腕部	前腕部	手部	大腿部	下腿部	足部	死亡	その他	合計
件数	2	4	0	2	1	2	0	0	1	7	38	0	3	11	0	1	72

5. 症状別 (重なる場合も記入)

症状	打撲	骨折	捻挫	切り傷	突き指	脱臼	挫傷	擦過	歯損	関節炎	火傷	視力	その他	死亡	合計
件数	7	38	7	5	2	3	0	2	0	2	0	1	4	0	71

6. 見舞金給付額

給付額合計	831,332	円
-------	---------	---



安全共済会について

1 安全共済会とは

子ども会活動を安心して行なうために、子ども会が主催する活動における事故等の怪我や疾病等について補償することを目的としています。

- (1) 医療共済金 : 被共済者が子ども会活動中に傷害又は疾病を被り、医師の治療や柔道整復師の施術を受けた場合。
- (2) 後遺障害共済金 : 被共済者が子ども会活動中に傷害又は疾病を被り、共済約款に定める身体障害の状態（後遺障害）となった場合。
- (3) 死亡共済金 : 被共済者が子ども会活動中に傷害又疾病を被り、その直接の結果として死亡した場合。又は子ども会活動中に突然死した場合。

2 補償対象となる「子ども会活動」とは

- (1) 子ども会の活動計画に基づき、1名以上の指導者(18歳以上の者に限る)又は育成会員の管理下にある活動。
- (2) 子ども会の活動計画を実施するために必要な調査及び準備のための活動。
- (3) 上記(1)において計画されている子ども会活動の一環として参加する各種研修会、研究会及び会議に参加して行う活動。

※上記(1)～(3)の活動には、子ども会が指定する集合場所又は解散場所と被共済者の住居との通常の経路の往復中を含みます。

〈経路の往復中とは〉

- ・被共済者が日常的に使用している経路となります。
- ・経路内外問わず、子ども会活動に関係のない寄り道や大幅な回り道をした際に事故が発生した場合は安全共済会の対象になりません。ただし、友人との待ち合わせなど理由があつての回り道は対象となります。

☆請求時においては、上記(1)～(3)を満たした活動かつ年間行事計画書（共済様式 05）に記載されている活動であること。

☆令和5年度より、交通事故やテニス肘、シーバー病についても補償対象内となりました。

3 補償対象とならない主な場合

- (1) 飲酒後に発生した当日中の事故等によるもの。
- (2) 腰痛、むちうち症など、医学的他覚所見のない傷害又は疾病。
- (3) 被共済者が共済金の支払いを受けられる期間中にさらに医療共済金の支払いを受けられる傷害又は疾病を被った場合。（別紙参照）
- (4) 喘息・癩癩の持病がある共済者が子ども会活動中に発症した喘息・癩癩の持病。
- (5) 安全共済会に加入している保護者、祖父母又は親族の同伴がない就学児前3年までの乳幼児に、子ども会活動で発生した事故等^{※1}。
- (6) オスグッド病・野球肘・疲労骨折。
- (7) 感染症法に基づく感染症^{※2}。

※1 保護者、祖父母又は親族は18歳以上の者に限ります。

※2 感染経路が明確に判明した食中毒は除きます。

共済事務について

1 各種書類

- ・修正時は原則、二重線と訂正印にて対応してください。
- ・破損原因になりますので、ホッチキスは使用しないでください。
- ・えんぴつやフリクションボールペンは使用しないでください。
- ・PCで書類作成した場合は、必ず印鑑漏れにご注意ください。

2 様式

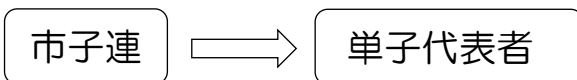
- ・2023年度版について愛知県子連ホームページからダウンロードできます。
- ・昨年度以前のは使用しないでください。(和暦・西暦表示いずれの記入でも可能)
- ・独自の様式では受付できないので必ず共済様式を使用してください

3 領収証

- ・共済掛金領収証
掛金を県子連から全子連へ送金した時に発行される領収証です。
毎月ごとの領収証を年3回の7・11・4月に発行します。



- ・共済会領収証
単子から会費の入金があった際に、代表者へ渡す領収証です。
昨年度のものを引き続きご利用ください。
領収証が無くなった場合、県子連まで「120円(110円)の領収証を〇〇部」とご連絡ください。(連絡方法は問いません)



共済会領収証【見本】

領 収 証		風	一
殿		令	和
		年	月 日
金 額	円		
ただし 全県子ども安全共済会掛金として 1名 50円 全県子ども会連合会協賛費として 1名 20円 愛知県子ども会連絡協議会協賛費として 1名 50円 合計1名 120円			
内 訳	子ども会員	人 × 120円 =	円
	その他の会員	人 × 120円 =	円
上記の金額確かに領収いたしました			
発 着 印	名古屋市長区白壁一丁目50番地 愛知県子ども会連絡協議会 会長 鈴木 雅雄		

4 市町村への交付金について

- ・交付条件
安全共済会の加入のあった市町村に交付する。
- ・交付金額
単子の加入がある市町村
➡10円×安全共済会加入人数+基本額 30,000円
単子の加入がない市町村(子ども会役員・指導者・大人のみの加入)
➡10円×安全共済会加入人数
- ・交付時期
年3回(6月・10月・3月)を予定

加入手続きについて

1 会費

一人当たり年額 120円（10月1日からは110円）

【内訳】

共済掛金 : 50円（10月1日からは40円）

全子連運営費 : 20円

県子連運営費 : 50円

- ・掛金は全国共通なので、安全共済会に加入している地域に転出する場合は、再度加入する必要はありません。
- ・10月1日付け加入の場合、9月分加入と10月分加入を同じ契約回で申し込み、同時入金をしないようご注意ください。
- ・会費の入金後、重複加入や人数間違えが発覚した場合、会費は原則として返金いたしません。

2 加入資格

- ・子ども会員 幼児(就学前0歳児から)、小学生、中学生、高校生
※幼児は3歳以下の場合、保護者が会員として同伴のこと
- ・大人会員 指導者、育成者、ボランティア、協力者

3 共済期間

- ・令和5年4月1日0時より令和6年3月31日24時までの一年間。
(期中で加入することもできます。)
- ・5月31日までに加入申込書類の原本の提出と会費の県子連口座への着金により、遡って4月1日加入扱いとなります。
- ・5月31日までに県子連へ書類の提出及び着金がなかった場合、契約が失効となります。再度「共済契約申込書(共済様式01)」を提出していただくこととなります。
- ・6月1日以降の加入については申込書類の提出および着金の翌日より適用となります。

4 行事について

(1)年間行事の追加・変更時の対応

- ・ネット加入の場合
ログインのうえ、追加の場合は年間行事の行事登録、変更の場合は該当の年間行事を選択いただき変更手続きをお願いします。
- ・書類加入の場合
「年間行事計画書(共済様式05)」に追加変更内容を記載し、県子連に提出願います。

(2)市区町村等子連の行事に単位子ども会が参加する場合の行事登録

- ・ネット加入の場合
【市子連の手続き】
 - ①新規で年間行事または日常定例活動に行事を登録する。(加入者がいない場合は加入者情報の登録は不要です)
 - ②この場合、市子連がネット導入していること、市子連にハンマーヘッド用のユーザーID、PWを全子連から発行していることが条件となります。

【単位子ども会の手続き】

日常定例活動に「市子連行事に随時参加」と登録してください。

- 書類加入の場合

- 【市子連の手続き】

- 「年間行事計画書（共済様式 05）」に市子連の年間行事を記入し、県子連へ提出してください。

- 【単位子ども会の手続き】

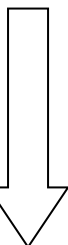
- 単子は、年間行事計画書の「2.日常定例活動欄」に「市子連行事に随時参加」と記入して提出してください。

全国子ども会安全共済会加入手続き ～書類加入の提出～

単位子ども会

加入書類等

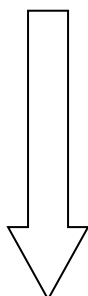
- ①共済様式 03、04 加入申込書
- ②共済様式 05 年間行事計画書
- ③会費 120円×人数分（10月1日からは110円）



市町村子ども会連絡協議会

加入書類等

- ①共済様式 02 加入状況報告書
- ②共済様式 03、04 加入申込書（単子用）
- ③共済様式 05 年間行事計画書
- ④会費 120円×人数分（10月1日からは110円）

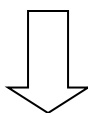


愛知県子ども会連絡協議会

三菱UFJ銀行 愛知県庁出張所 800・430

- お振込の際は、個人名ではなく、市町村名でお振り込みください。
- 三菱UFJ銀行のATMを利用した現金の入金に限り、手数料はかかりません。

「934・965」の口座は安全共済会以外で使用する口座です。お間違いのないようにしてください。



全国子ども会連合会

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

都道府県・指定都市子連使用欄	
契約者コード	

共済契約申込書

市子連会長印
自署の場合は押印不要

団体名 (市区町村等子連)	愛知県子ども会連絡協議会
(フリガナ) 代表者	アイチ タロウ 愛知 太郎 (印)
団体住所	〒 000-0000 愛知県名古屋市〇〇区 〇〇町 〇〇番 〇〇号
連絡先電話番号	0XX-890-1234
書類送付先住所	〒 000-1111 愛知県〇〇市〇〇町〇〇
宛 名	愛知 花子様方
連絡先電話番号	0XX-123-4567
連絡用メールアドレス	aitikenkoren@aichi-fukushi.or.jp

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 令和 5 年 3 月 25 日

2. 被共済者の加入予定人数 1,500 名

3. 共済掛金等の予定金額

共 済 掛 金	50円	予 定 人 数	合計金額
全 子 連 運 営 費	20円	70 円 × 1,500 =	105,000 円

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。

【注意事項】

[4月1日加入]

- ① 本様式(共済契約申込書)を3月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
- ② 次の書類を5月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
 - (1) 加入申込書 <共済様式>03
 - (2) 加入者名簿2 <共済様式>04
 - (3) 年間行事計画書 <共済様式>05
- ③ 5月末日までに共済掛金等を都道府県・指定都市子連に振込み願います。

4月1日付けで加入を希望の場合は、**3月31日までに本様式を提出していただき、②の書類の提出と会費を5月末日までに振り込んでください。**

〈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。

愛知県子ども会連絡協議会 御中
(都道府県・政令指定都市子連に提出)

市町村子連作成

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

(提出日) 令和 5 年 5 月 12 日

提出した回数

令和 5 年度 (第 1 回)

共済加入書類送付案内 兼 加入状況報告書

下記に該当する方のお名前をご記入ください。

- ・単位子ども会の代表者
- ・共済会担当の役員
- ・市町村子連事務局

団体名 (市区町村等子連)	〇〇市子ども会連絡協議会
担当者	共済 花子
連絡先電話番号	0XX-123-4567

1. 添付書類(添付書類に○印を記入ください。)

03	○	04	○	05	○	06	○
----	---	----	---	----	---	----	---

実際に送金する額
(120円×人数)と送金日
を記入してください。

2. 今回加入状況

加入者	250	うち書類加入	200	名	送金額(注)	30,000	円
		うちネット加入	50	名	送金(納金)日	5月12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る範囲に限定します。

令和5年1月改訂

市区町村等子連
受付日

<加入申込書>

(提出日) 令和 5 年 5 月 8 日

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」 令和 5 年度分として申し込みます。

決められていない場合は
未記入で問題ありません。

新規	<input checked="" type="radio"/>
追加	<input type="radio"/>

該当に「○」表示を記入願います。

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会	
学区・地区	愛知地区	
単子子ども会番号	001	
(フリガナ) 単子子ども会	愛知 共子	
(フリガナ) 代表者	愛知 共子	
連絡先	住所	〒 111-2222 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
	電話番号	0XX-789-0123
子ども会会長名	愛知 二郎 (小) 6 学年	

単子子ども会代表者印
自署の場合は押印不要

1.加入者数

種別	幼児	小学生	中学生	高校生等	育成者等	合計
人数	10 名	50 名	15 名	10 名	50 名	135 名
	(うちジュニアリーダー数)		5 名	5 名		10 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

2.共済掛金等

送金額 (㊦)	16,200 円	送金(納金)予定日	5月8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。

3.加入者名簿 1

No.	氏名	性別		種別					学年	年齢	同伴保護者No.	No.	種別					No.	護者No.			
		男	女	幼	小	中	高	育					男	女	幼	小	中			高	育	
1	AA		○	○					3	14		11	AK		○				○	2		
2	AB		○	○					3	15		12	AL		○				○	1		
3	AC		○		○				4			13	AM		○				○	3		
4	AD		○			○			1			14	AN		○				○	32		
5	<p>・小学生、中学生、高校生は学年のみ記入してください。</p> <p>・幼児と育成者は年齢を記入してください。</p> <p>・幼児は0~3歳の場合は、育成者の同伴が必須になりますので、同伴保護者No.に保護者となる方のNo.を記入してください。(※4歳以上は同伴保護者No.は必要ありません。)</p>																					
8	AH		○			○			2			18	AR		○		○			4		
9	AI		○				○		2			19	AS		○		○			1		
10	AJ			○			○		3			20	AT		○		○			3		

実際に単子から市子連へ送金する額
(120円×人数)と送金日を記入してください。

加入者が20名超となる場合は<共済様式>04 加入者名簿2に超過分をご記入願います。

年齢は申込日に関係なく4月1日現在で記入ください。

就学前3年以下の幼児(4月1日現在で満3歳以下)は同伴保護者の同時加入が必須です。

令和5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。

(提出日) 令和 5 年 5 月 8 日

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

令和 5 年度〈年間行事計画書〉

新規	<input type="checkbox"/>
追加・変更	<input checked="" type="checkbox"/>

(該当に「O」表示してください)

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
単位子ども会	〇〇子ども会
単位子ども会番号	001
担当者	愛知 共子
連絡先電話番号	OXX-789-0123

全国子ども会安全共済会規程に基づき、年間行事計画書を提出します。

1. 活動・事業名

月	実施予定日	行事・活動名	会場	参加予定人数	備考		
4	9日	新会員歓迎会	白壁公民館	50 名			
5	14日	資源回収	白壁公園	20 名			
6		・子ども会の活動はこの様式にすべて反映させてください。 (※反映されていない行事は共済会の対象となりません。) ・行事の変更や追加があれば、二重線で修正または行事を新しい用紙に記入したものを、 <u>該当行事の前日まで</u> にお住まいの市町村子連へ提出してください。 ・実施日が決まっていない場合は「未定」、「●月中旬ごろ」などご記入ください。 (※決まり次第、お住まいの市町村子連へご連絡ください。) ・記入内容が収まらない場合は枠を大きくするか、行を増やして対応してください。 ・市子連の行事は日常定例活動欄のみの記入で問題ありません。 ・市町村子連は取りまとめて県子連に提出してください。					
7							場合は延期
8							
9							
10							
11							
12	23日	クリスマス会	東区集会所	40 名			
1	14日	餅つき大会	白壁小学校	60 名			
3	24日	お別れ会	白壁公民館	40 名			

2. 日常定例活動 (日常の練習等を含む)

ドッジボール・ソフトボール練習	4~7月の土日
定例会	毎月第2土曜日
市子連行事	随時

行事実施前に必ずKYT (危険予知トレーニング) を実施願います。

年間行事の追加・変更が判明した段階で本様式に追加変更内容を記載して市区町村等子連経由して都道府県・指定都市子連に提出願います。

〈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

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

- ・この様式はネット加入専用です。
- ・原本の提出は必要ありません。
- ・メールまたはFAX、郵送にて提出してください。
- ・押印不要です。

共済掛金等報告書(ネット加入用)

(提出日) 令和 5 年 4 月 28 日

新規	<input checked="" type="radio"/>
追加	<input type="radio"/>

該当に「○」表示を記入願います。

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
単 位 子 ども 会	〇〇子ども会
単 位 子 ども 会 番 号	001
担 当 者	愛知 共子
連絡先電話番号	OXX-789-0123

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

100	名
-----	---

2.今回加入者の登録日

4月10日	～	4月15日
-------	---	-------

3.共済掛金等(今回加入者分)

送金額(㉞)	12,000	送金(納金)日	4月27日
	円		

㉞ 安全共済会掛金等と都道府県

【累計加入状況】

種 別	幼児	小学生	中学生	合計		
人 数	20 名	40 名	5 名	5 名	30 名	100 名
	(うちジュニアリーダー数)		5 名	5 名		10 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

実際に単子から市子連へ送金する額(120円×人数)と送金日を記入してください。

〈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。

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

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

変更届 (単位子ども会用)

(提出日) 令和 5 年 8 月 28 日

・この様式は原本の提出は必要ありません。
・市町村子連はメールまたはFAX(郵送も可)で提出してください。

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
単位子ども会	〇〇子ども会
単位子ども会番号	001
担当者	愛知 共子
連絡先電話番号	OXX-789-0123

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	性別	学 年	年 齢	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	51	CA	女	2		5 月		〇〇市子連	〇〇子ども会	0011
	52	CB	女		34	5 月		〇〇市子連	〇〇子ども会	0011
<p>・転入先の市町村子ども会連絡協議会へご提出ください。 ・転入された方が安全共済会に加入しているかをご本人に確認し、未加入の場合は加入の手続きをしてください。</p>										

2. 加入者名簿の変更・訂正

	会員NO.	氏名	変更・訂正内容
変更・訂正 する 加入者	18	愛知 二郎	名前を「二」から「次」に訂正

3. 代表者変更

(フリガナ)		アイチ キョウコ
代表者		愛知 共子
連絡先	住所	〒 111 - 2222 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
	電話番号	OXX-789-0123
変更日		8月28日

(フリガナ)		ナゴヤ タロウ
代表者		名古屋 太郎
連絡先	住所	〒 222 - 3333 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
	電話番号	OXX-0123-4567

令和5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
<p><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。</p>

(提出日) 令和 5 年 6 月 15 日

団体名 (市区町村等子連)	〇〇市子ども会育成連絡協議会
代表者	愛知 共子 印

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

市町村子連の代表者印
自署の場合は押印不要

変更内容 (変更箇所のみ記入)

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

・市町村子連の代表者が変更になった際にご利用ください。
・上記の全子連共済Gアドレスと県子連のアドレスに本様式を添付して提出してください。



旧	(フリガナ) 代表者	ナゴヤ タロウ 名古屋 太郎
	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。

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

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

変更届(ネット加入用)

・お住いの市町村子連にご提出ください。
・変更手続きの詳細は全子連HP「単位子ども会③ネット加入変更マニュアル」を参照ください。

(提出日) 令和 5 年 9 月 20 日

kyosai-net@kodomo-kai.or.jp
全国子ども会連合会 共済G アドレス
加入者情報を削除する場合は上記アドレスにご登録いただいたメールアドレスから共済様式>09変更届を添付してご連絡願います。削除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。

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
単位子ども会	〇〇〇子ども会
単位子ども会番号	〇〇〇
担 当 者	加藤
連絡先電話番号	0XX-454-5656

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)

	氏名	性別	年齢	転入月	旧所属団体		
					市区町村等子連	単位子ども会名	単位子ども会コード
転入者	大久保 結衣	女	10	7 月	〇〇〇子連	〇〇〇子ども会	〇〇〇
	<p>【安全共済会に加入している方が転入してきた場合】 ハンマーヘッドにログインし、追加で加入者情報を入力し、備考欄に「〇〇子ども会から転入」と入力いただく。</p> <p>【安全共済会に未加入の方が転入してきた場合】 転入ではなく、追加加入として加入手続きをしてください。</p>						

2. 加入者情報の削除

削除する 加入者	白山 一郎					備考
	白山 花子					
	白山 太郎					
	<p>【加入者情報の削除】 ・会費が未入金で二重で登録をした際に手続きを行ってください。 ・削除する加入者情報を本様式に記入し、ご登録のメールアドレスから上記の全子連共済Gアドレスあてに提出してください。 ※ネット環境等の理由で提出が困難な場合は、お住いの市町村子連に提出してください。</p>					

転入に伴い市区町村等子連会費、都道府県・指定都市子連会費等の必要の有無は所属の市区町村等子連、都道府県・指定都市子連にご確認願います。

市区町村等子連使用欄	都	<p>【入力後30日以内の加入者情報の変更・修正】 ハンマーヘッドにログインして変更・訂正してください。</p>
都道府県・指定都市子連使用欄	都	<p>【入力後30日経過後の加入者情報の変更・訂正】 ハンマーヘッドにログインして備考欄に変更・訂正内容を入力してください。</p>
<p>〈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、業務委託先へ提供いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先へ提供いたします。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。</p>		<p>※いずれも本様式の提出は必要ありません。</p>

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

ハンマーヘッド用 ユーザーID・PW発行依頼書

(ネット加入管理用)

ネット加入を導入する場合は本様式を県子連にご提出ください。
県子連から全子連に通知をしましたら、全子連よりユーザーIDとPWが直接登録メールアドレスあてに通知があります。

(提出日) 令和 5 年 9 月 6 日

子連

愛知県子ども会連絡協議会

市区町村等子連(契約者名)

〇〇市子ども会育成連絡協議会

メールアドレス

aitikenkoren@aichi-fukushi.or.jp

担当者名

共済 花子

電話番号

0XX-123-4567

この様式はメールに添付して所属の都道府県・指定都市子連に提出願います。

<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

共済金の支給について

全子連へ請求書類が到着してから約1ヵ月後です。

全子連の審査で給付決定後、請求者及び市町村子連へ決定通知が送付されます

その後、請求者に医療共済金が送金されます。

※審査・照会状況により支払い手続きが延長する可能性もあります。

【限度額について】

・傷病の場合

保険医療総額の30%（医療費の助成を受けていても共済金は支給されます。）

※1 日数制限

被害を受けた日より180日を限度

事故発生日から180日以内の治療までが共済金の対象となります。

治療期間が180日を超えて治療が続いている場合でも一度区切りをつけて頂き、180日以内の期間で書類のご提出をお願いします。

※2 共済金支給限度額

【下限】1,000円以下の場合には支給しない（総医療点数333点数以下）

【上限】50万円を超える場合は、50万円を限度として支給する

・後遺障害の場合

7万円～600万円（後遺障害等級表による）

・死亡の場合

600万円

医療共済金請求の申請手続きについて

1 事故第一報について

单子から、市子連を通じて、県子連へ事故第一報報告書（〈共済様式〉20）を提出してください。

提出期日：事故発生日から30日以内

2 医療共済金の請求について

单子から市子連を通じて、必要書類の原本を郵送で提出してください。

提出期日：最終診療日から60日以内

3 医療共済金の請求書類について

(1)書類が揃っているか確認

- ・フローチャートの①～⑥、請求書類が揃っているか

(2)記入漏れ・空欄がないか確認

- ・個人情報取扱についての同意書（〈共済様式〉22）、同意書（〈共済様式〉27）の請求者の印鑑
 - ・明細書、領収書の枚数
 - ・お振込み先口座
 - ・管理者名、性別、年齢、役職
 - ・事故発生日、天候、参加人数
 - ・診療期間と領収書の日付の一致
 - ・傷病名
 - ・事故発生状況が詳しく記載されているか
 - ・治療内容が詳しく記載されているか
- 全子連からの照会が多い

安全共済会では文書料（診断書等）の請求はできません

医療機関の場合

- ・領収書あるいは医療明細書を確実に保管してください。（何十枚になっても結構です。）
 - ※ 自己負担がない場合でも、医療明細書は発行されます。
 - ※ 市町村の制度による子どもの医療助成などにより、明細書・領収書の発行ができない場合は医療報告書（〈共済様式〉23）を作成してください。

接骨院の場合

- ・柔道整復施術報告書（〈共済様式〉24）を無料で作成してもらうようにしてください。
- ・医師の指示により医療装具を購入した場合については、装具証明書を提出してください。

医療共済金請求の申請にかかる留意事項

1 請求までの期間が 60 日を超過して提出する場合は遅延理由書の提出をお願いすることがあります。

※決められた様式はありませんのでそれぞれにて作成をお願いいたします。

(遅延理由書：例文)

<p>遅延理由書</p> <p>公益社団法人 全国子ども会連合会 殿</p> <p>安全共済会医療共済金書類の提出が遅延した理由を申し上げます。 請求書兼事故証明書^{の提出については、見舞金手続きの概要を説明しておりましたが、} 請求者が市子連へ書類の提出を忘れていたため相当期間経過した後に申請を受け付けることとなりました。 今後は、完治日より60日以内に申請する事を徹底し、申請書類を速やかに提出いたします。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">〇〇子ども会連絡協議会 会長 〇〇 〇〇</p>

2 受診した診療機関が複数（3箇所以上）ある場合

(1)請求書兼事故証明書（〈共済様式〉21）の様式を使用、もしくは白紙の紙へ記載する。

(2)診療機関名・治療の経過及び状況を明確にし、報告してください。

(例文)

診療期間名3 : 〇〇〇病院

治療の経過と状況：ギブス処置とリハビリを続け、湿布薬を処方された。

〇月〇日に完治した。

共済金請求手続き

単位子ども会

請求書類

- ①共済様式 21 請求書兼事故証明書
- ②共済様式 22 個人情報の取扱いについての同意書
- ③医療費の領収書又は明細書（写）か「医療報告書」（共済様式 23）
※接骨院の場合は「柔道整復施術報告書」（共済様式 24）

市町村子ども会連絡協議会

請求書類

- ①共済様式 21 請求書兼事故証明書
- ②医療費の領収書又は明細書（写）か「医療報告書」（共済様式 23）
※接骨院の場合は「柔道整復施術報告書」（共済様式 24）
- ③共済様式 22 個人情報の取扱いについての同意書
- ④共済様式 02 加入状況報告書の写し
- ⑤共済様式 03、04 加入申込書の写し
※怪我をした方のお名前が記載されているページのみ
- ⑥共済様式 05 年間行事計画書の写し
※怪我をした時の行事が年間行事計画に反映されていること

愛知県子ども会連絡協議会

全国子ども会連合会

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

お住いの市町村子連にご提出ください。

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)

提出日現在の内容をご記入ください。

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

(提出日) 令和 5 年 8 月 9 日

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

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
代 表 者	愛知 共子
担 当 者	共済 花子
連絡先電話番号	OXX1-23-4560

事 故 内 容							
報 告 者	音羽 達也	被共済者 との関係	親権者	連絡先 電話番号	OXX1-23-1313		
事 故 日	令和 5 年 8 月 7 日 (日)	時刻	10:30	天候	晴れ		
学 区 ・ 地 区	〇〇地区						
単 位 子 ども 会	〇〇子ども会	単位子ども会番号	〇〇〇				
被 共 済 者	音羽 翔太	男・女	10 歳	小学4	学年		
行 事 名	ソフトボール練習						
発 生 場 所	〇〇〇小学校 グラウンド						
事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況） ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストベースからセカンドベースに滑り込んだ。その際に、右足がセカンドベースにあたり、グキッと音がして捻ってしまった。アイシングをして様子を見たが、なかなか痛みが引かないので翌日病院に行った。レントゲン検査の結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で現在入院中。							
できるだけ詳細をご記入ください。							
KYTの実施状況	毎年4月に安全啓発講習会を実施している。当日も事前に「KTY」を実施した。						
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。

令和5年1月改訂

個人情報取扱についての同意書

〇〇整形外科 御中

御中

御中

この様式は請求の必須書類です。
医療機関(医師)ではなくご請求者様が作成してください。

私は、令和 5 年 8 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・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 令和 5 年 9 月 15 日

・ 住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

・ 氏 名 音羽 達也 ⑨

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()]

・同意日は請求日と同じ日を記入してください。
・被共済者が未成年の場合は親権者の名前をご記入ください。

(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 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

氏 名 音羽 翔太

生年月日 (昭和・平成・令和) 25 年 5 月 15 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

医療報告書

氏名	音羽 翔太		男・女	生年月日	昭和 平成 令和 25年 5月 15日		
受傷発症日	令和 5年 8月 7日						
傷病名	(1) 右足首骨折						
	(2)						
	(3)						
診療期間と報酬点数	初診日 令和 5年 8月 8日				合計点数		
	治癒日 令和 5年 8月 31日						
	通院		入院				
	8月	5日間	2,580点	月	日間	点	
	<p>・この様式は保健医療点数が記載された領収書または明細書がある場合は不要です。 ・医療機関にて作成いただきます。 ・文書料(診断書等)が発生した場合は、自己負担となります。 ※ただし、全子連から求められて医療報告書を作成した場合は、全子連負担となります。</p>						
	月	点	月	点	2,580点		
	月	日間	点	月			日間
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 5年 9月 2日					
	医療機関	住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇				
		病医院名 〇〇整形外科				
		医師名 四谷 浩司 (印)				
	TEL OXX1 (23) 4545					

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。

柔道整復施術報告書

被施術者 音羽 翔太 生年月日 (昭和 平成 令和) 25 年 5 月 15 日

受傷日 令和 5 年 8 月 7 日

施術期間 令和 5 年 8 月 8 日 ～ 令和 5 年 8 月 31 日

施術日数 10 日

施術部位 右足首

負傷名 右足首捻挫

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	1,460 円
	初検時相談支援料	50 円
・整骨院・接骨院を受診された場合は、本様式を医療機関に作成いただき、ご提出ください。 ・文書料(診断書)は自己負担となります。		円
		円
		円
＜施術料等＞	整備・固定施療料	1,520 円
	後療料	7,070 円
	温電法料	1,050 円
	冷電法料	円
	電療料	420 円
計		11,890 円

令和 5 年 9 月 2 日

住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

施 術 所 名 〇〇接骨院

氏 名 目白 哲夫 (印)

電 話 0XX1-23-5555

＜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。

後遺障害共済金請求の申請手続きについて

1 後遺障害とは

子ども会活動中に障害又は疾病になり、その直接の結果として、共済約款に定める身体障害の状態（後遺障害等級表に該当するもの）になったとき。

治療の効果が医学的に期待できない状態であり、被共済者の身体に残された症状が将来においても回復できない機能の重大な障害、身体の一部の欠損を負ったときに請求できるもの。

2 手続き方法

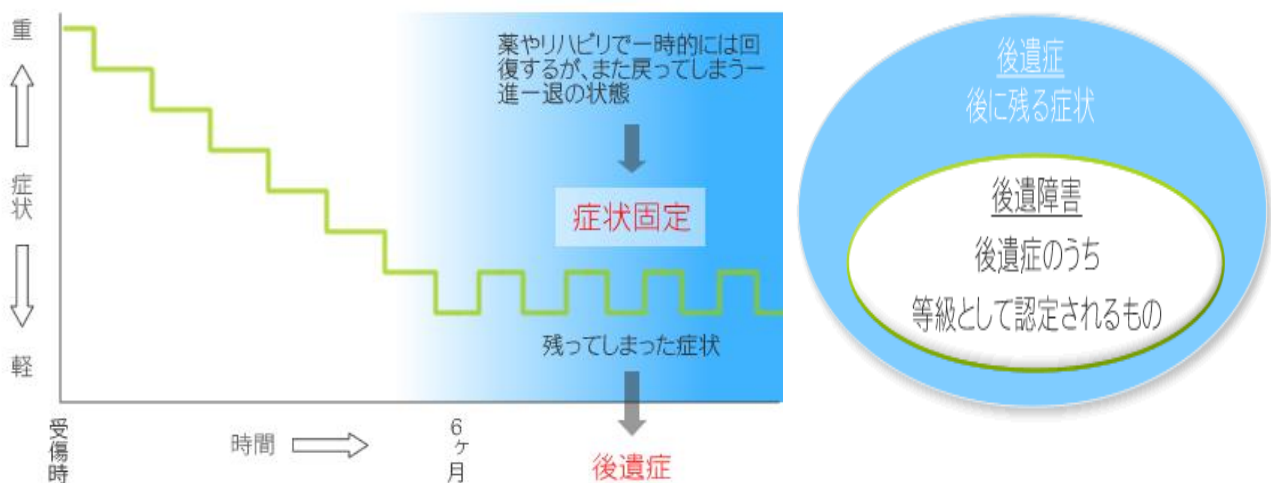
- ・後遺障害の等級判定は医師が判断するため、後遺障害共済金支払区分表の写しを医師に提出し、症状固定の判断を受けてください。
- ・請求書には、＜死亡・後遺障害共済金＞請求書兼事故証明書（共済様式 25）と後遺障害診断書（共済様式 26）が必要となります。
- ・後遺障害の支払区分表は愛知県子連のホームページにも掲載されていますのでご覧ください。

3 症状固定とは

事故で負ったケガのうち、症状固定後に残った症状は、等級認定を受けることにより、後遺障害として、対象となります。

※医学的な意味の「症状固定」

治療を続けても大幅な改善が見込めず、長いスパンでみると回復・治療がなくなった段階を、医学的な意味の「症状固定」と言います。



後遺障害共済金にかかる留意事項について

1 請求期限について

病院の医師から、「症状が確定した」との判断を受けたら請求ができるので、制限はありません。

2 医療共済金との提出書類等の違い

- ・請求書兼事故証明書のみ様式は異なりますが、記入内容はほとんど同じです。それ以外の書類は共通です。
- ・領収書や明細書、柔道整復施術報告書ではなく、後遺障害診断書（共済様式 26）をご提出いただきます。診断書は医療機関（医師）に作成を依頼してください。

3 医療共済金と後遺障害共済金の切り替え

- ・医療共済金で先に請求した後、後遺障害の症状が確定した場合は、後遺障害共済金の請求が可能です。その際、後遺障害共済金より先に支払われた医療共済金の金額分を差し引いた金額が支給されます。
- ・後遺障害共済金を請求していたが、医療共済金の金額の方が高額になる場合は、医療共済金に切り替えることも可能です。

4 その他

- ・請求書に補記（補足説明）する場合は、ふせんに記入して貼ってください。その際、補記者が分かるように氏名の記入をお願いします。
- ・請求書類一式について裏紙等を使わないようにしてください。

死亡共済金について

万が一起こってしまった場合は個別に対応しますので、单子から報告がありましたら県子連までご連絡ください。

全国子ども会安全共済会 <死亡・後遺障害共済金> 請求書兼事故証明書

都道府県		単位子ども会	〇〇子ども会
指定都市子連		単位子ども会番号	〇〇〇
代表者		連絡協議会	
住所		性別	女
氏名		年齢	10歳 <small>小</small> 5 <small>学</small> 年
連絡先		日	月 15 日
被共済者との続柄		お振込先金融機関	(数字3桁)店
添付書類	① 死亡 ② 後遺	お振込先金融機関	
お振込先金融機関	〇〇 〇〇 □座名義(カ)		

【後遺障害】

- ・この様式は死亡、後遺障害の共済金請求の際に使用してください。(※記入内容は医療請求とほとんど同じです。)
- ・医師に後遺障害共済金支払い区分表(県子連HPを参照)の写しを提出し、等級判定と症状固定の判断を受けてください。
- ・治療期間は医師から診断されてから3年間です。
- ・医療共済金で先に請求した後、後遺障害の症状が確定した場合は、後遺障害共済金の請求が可能です。後遺障害共済金より先に支払われた医療共済金の金額分を差し引いた金額が支給されます。
- ・後遺障害共済金を請求していたが、医療共済金の金額の方が高額になる場合は、医療共済金に切り替えることも可能です。

【死亡】

- ・万が一、発生した場合は個別に対応いたします。

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	神田 隆	年齢	55 歳	子ども会の役職	〇〇子ども会 会長
事故日	令和 5 年 8 月 5 日 (土)	時刻	14:00	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	〇〇高原 キャンプ場	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
行事名	〇〇子ども会 サマーキャンプ	参加者数	30 名		
天候	晴れ				
事故発生 の 状況	サマーキャンプで川遊びをしていて足を滑らせ川に流されてしまった。すぐに指導者が助けに行ったが、川に流されてしまったので救助に時間がかかった。30分後に引き上げて、人工呼吸等の救命措置を行ったが、蘇生はしなかった。すぐ救急病院に搬送した。				
治療 の 経過 及び 状況	(傷病部位) 傷病名	溺死			
	診療機関名1	〇〇病院	診療期間	8 月 5 日 ~ 8 月 5 日	
	治療の経過と状況	救急車で病院に搬送されたが、心肺停止状態で蘇生処置を行うも死亡が確認された。			
	診療機関名2		診療期間	月 日 ~ 月 日	
	※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(溺死)
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
------------	-----	-----	---------------	-----	-------	-----	----------

後 遺 障 害 診 断 書

患者 (被共済者)	氏 名	品川 五郎	この様式は後遺障害共済金請求時に必要です。 医療機関で作成していただください。 ※診断書の文書料は請求者様の負担になります。				
			令和	25 年	2 月	3 日	生
受傷の日時	令和 5 年 8 月 5 日 土 曜日		午前	午後	2	時頃	
傷病名、治療および後遺症の状況 右肘関節の機能障害 右上腕骨折と右肘の機能に障害があることが判明しました。骨折部分については、ギプスで患部を固定し、経過観察で12日通院し完治となった。 右肘については、力が入らなく神経麻痺が見られることから、リハビリやマッサージの治療を施行するも、12/1に症状の回復が見られないことから後遺障害が確定した。							
該当等級	12		級	6		号	
症状固定日	令和	5	年	12	月	1	日
初診日	令和 5 年 8 月						
通院	自	令和 5 年	後遺障害等級表の写しを医師に提出し、 等級の判定を受けてください。 ※表は県子連HPまたは全子連HPに掲載 されております。				
	至	令和 5 年					
入院	自	令和 5 年	8 月	5 日	(土 曜日)	9	日間
	至	令和 5 年	8 月	13 日	(土 曜日)		
保険医療総額 113,450 円							
上記のとおり診断いたします。 令和 5 年 12 月 5 日 住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇 病 院 名 〇〇整形外科 医 師 名 四谷 浩司 印 T E L 〇XX1 (23) 4545							

<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

この様式は死亡共済金請求時に必要です。

同 意 書

令和 5 年 8 月 5 日 湯島 小梅 様が死亡したことにより、全国子ども会安全共済会約款に基づいて、今回支払われる共済金は、代表相続人 湯島 実 様に全額が支払われることに同意いたします。

つきましては、後日他から苦情が出たとき、また貴会において支払いの義務のないことが判明したときは、共済金受取人および私どもが連帯して一切の責を負い貴会にご迷惑をお掛けいたしません。

令和 5 年 9 月 15 日

(代表相続人)

住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
 氏名 湯島 実 (印) 被相続人との続柄 父親

(同意人)

住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇
 氏名 湯島 奈穂子 (印) 被相続人との続柄 母親

(同意人)

住所 _____
 氏名 _____ (印) 被相続人との続柄 _____

(同意人)

住所 _____
 氏名 _____ (印) 被相続人との続柄 _____

(同意人)

住所 _____
 氏名 _____ (印) 被相続人との続柄 _____

＜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

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

この様式は、共済金の請求及び受領に関する
権限の委任が必要な時にご利用ください。

委 任 状

(代理人)

住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

氏 名 音羽 次郎 請求者との関係 弟

私は、上記の者を代理人と定め、下記の共済金の請求及び受領に関する一切の権限を委任いたします。

なお、全国子ども会安全共済約款第28条（共済金の支払時期）第2項の適用にあたっては、上記代理人への支払いをもって共済金支払とすることに同意いたします

1. 全国子ども会安全共済会約款に基づき支払われる共済金の請求及び受領

2. 事故発生日 令和 5 年 8 月 7 日

3. 共済金の種類 医療共済金 ・ 死亡共済金 ・ 後遺障害共済金

4. 被共済者名 音羽 翔太

5. 被共済者住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

令和 5 年 9 月 15 日

委任者住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

委任者氏名 音羽 達也 印

被共済者との関係 [本人・親権者・里親・その他()]

＜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。

等級	金額 (万円)	後遺障害の程度
1	600	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼が失明したもの 2. 咀嚼及び言語の機能を廃したもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5. 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 6. 両上肢の用を全廃したもの 7. 両下肢をひざ関節以上で失ったもの 8. 両下肢の用を全廃したもの
2	530	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの 2. 両眼の視力が0.02以下になったもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を要するもの 5. 両上肢を手関節以上で失ったもの 6. 両下肢を足関節以上で失ったもの
3	465	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1眼が失明し、他眼の視力が0.06以下になったもの 2. 咀嚼又は言語の機能を廃したもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの 5. 両手の手指の全部を失ったもの
4	400	<ol style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が0.06以下になったもの 2. 咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの 3. 両耳の聴力を全く失ったもの 4. 1上肢をひじ関節以上で失ったもの 5. 1下肢をひざ関節以上で失ったもの 6. 両手の手指の全部の用を廃したもの 7. 両足をリスフラン関節以上で失ったもの
5	340	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1眼が失明し、他眼の視力が0.1以下になったもの 2. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 3. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの 4. 1上肢を手関節以上で失ったもの 5. 1下肢を足関節以上で失ったもの 6. 1上肢の用の全廃したもの

		<ul style="list-style-type: none"> 7. 1 下肢の用を全廃したもの 8. 両足の足指の全部を失ったもの
6	280	<ul style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が0.1以下になったもの 2. 咀嚼又は言語の機能に著しい障害を残すもの 3. 両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 4. 1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 5. 脊柱に著しい変形又は運動障害を残すもの 6. 1 上肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの 7. 1 下肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの 8. 1 手の5の手指又はおや指を含み4の手指を失ったもの
7	225	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1 眼が失明し、他眼の視力が0.6以下になったもの 2. 両耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 3. 1 耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 4. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 5. 胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの 6. 1 手のおや指を含み3の手指を失ったもの又はおや指以外の4の手指を失ったもの 7. 1 手の5の手指又はおや指を含み4の手指の用を廃したもの 8. 1 足をリスフラン関節以上で失ったもの 9. 1 上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 10. 1 下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの 11. 両足の足指の全部の用を廃したもの 12. 外貌に著しい醜状を残すもの 13. 両側の睾丸を失ったもの
8	175	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1 眼が失明し、又は1眼の視力が0.02以下になったもの 2. 脊柱に運動障害を残すもの 3. 1 手のおや指を含み2の手指を失ったもの又はおや指以外の3の手指を失ったもの 4. 1 手のおや指を含み3の手指の用を廃したもの又はおや指以外の4の手指の用を廃したもの 5. 1 下肢を5センチメートル以上短縮したもの 6. 1 上肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの

		<ul style="list-style-type: none"> 7. 1 下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの 8. 1 上肢に偽関節を残すもの 9. 1 下肢に偽関節を残すもの 10. 1 足の足指の全部を失ったもの
9	130	<ul style="list-style-type: none"> 1. 両眼の視力が0.6以下になったもの 2. 1眼の視力が0.06以下になったもの 3. 両眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの 4. 両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの 5. 鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの 6. 咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの 7. 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの 8. 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 9. 1耳の聴力を全く失ったもの 10. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの 11. 胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの 12. 1手のおや指又はおや指以外の2の手指を失ったもの 13. 1手のおや指を含み2の手指の用を廃したものの又はおや指以外の3の手指の用を廃したもの 14. 1足の第1の足指を含み2以上の足指を失ったもの 15. 1足の足指の全部の用を廃したもの 16. 外貌に相当程度の醜状を残すもの 17. 生殖器に著しい障害を残すもの
10	95	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1眼の視力が0.1以下になったもの 2. 正面を見た場合に複視の症状を残すもの 3. 咀嚼又は言語の機能に障害を残すもの 4. 14歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの 5. 両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの 6. 1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの 7. 1手のおや指又はおや指以外の2の手指の用を廃したもの 8. 1下肢を3センチメートル以上短縮したもの 9. 1足の第1の足指又は他の4の足指を失ったもの

		<p>1 0. 1 上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの</p> <p>1 1. 1 下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの</p>
1 1	7 0	<p>1. 両眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの</p> <p>2. 両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3. 1眼のまぶたに著しい欠損を残すもの</p> <p>4. 10歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの</p> <p>5. 両耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの</p> <p>6. 1耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの</p> <p>7. 脊柱に変形を残すもの</p> <p>8. 1手のひとさし指、なか指又はくすり指を失ったもの</p> <p>9. 1足の第1の足指を含み2以上の足指の用を廃したもの</p> <p>1 0・胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの</p>
1 2	4 5	<p>1. 1眼の眼球に著しい調節機能障害又は運動障害を残すもの</p> <p>2. 1眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの</p> <p>3. 7歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの</p> <p>4. 1耳の耳殻の大部分を欠損したもの</p> <p>5. 鎖骨、胸骨、ろく骨、けんこう骨又は骨盤骨に著しい変形を残すもの</p> <p>6. 1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>7. 1下肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの</p> <p>8. 長管骨に変形を残すもの</p> <p>9. 1手のこ指を失ったもの</p> <p>1 0. 1手のひとさし指、なか指又はくすり指の用を廃したもの</p> <p>1 1. 1足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の足指を失ったもの又は第3の足指以下の3の足指を失ったもの</p> <p>1 2. 1足の第1の足指又は他の4の足指の用を廃したもの</p> <p>1 3. 局部に頑固な神経症状を残すもの</p> <p>1 4. 外貌に醜状を残すもの</p>
1 3	2 6	<p>1. 1眼の視力が0.6以下になったもの</p> <p>2. 正面以外を見た場合に複視の症状を残すもの</p> <p>3. 1眼に半盲症、視野狭窄又は視野変状を残すもの</p> <p>4. 両眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの</p> <p>5. 5歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの</p> <p>6. 1手のこ指の用を廃したもの</p> <p>7. 1手のおや指の指骨の一部を失ったもの</p> <p>8. 1下肢を1センチメートル以上短縮したもの</p>

		<p>9. 1足の第3の足指以下の1又は2の足指を失ったもの</p> <p>10. 1足の第2の足指の用を廃したものの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したもの又は第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの</p> <p>11. 胸腹部臓器の機能に障害を残すもの</p>
14	14	<p>1. 1眼のまぶたの一部に欠損を残し又はまつげはげを残すもの</p> <p>2. 3歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの</p> <p>3. 1耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度になったもの</p> <p>4. 上肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの</p> <p>5. 下肢の露出面にてのひらの大きさの醜いあとを残すもの</p> <p>6. 1手のおや指以外の手指の指骨の一部を失ったもの</p> <p>7. 1手のおや指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの</p> <p>8. 1足の第3の足指以下の1又は2の足指の用を廃したもの</p> <p>9. 局部に神経症状を残すもの</p> <p>10. 外貌に軽度の醜状を残すもの</p>
15	7	<p>1. まつ毛縁(まつ毛の生えている周縁)の1/4程度以上にわたってまつ毛はげを残すもの</p> <p>2. 1歯以上に対し歯科補綴を加えたもの、又は歯科補綴を要するもの</p> <p>3. 上肢の露出面に鶏卵大面以上の大きさの醜いあとを残すもの</p> <p>4. 下肢の露出面に鶏卵大面以上の大きさの醜いあとを残すもの</p>

備考

1. 視力の測定は、万国式試視力表による。屈折異状のあるものについては、矯正視力について測定する。
2. 手指を失ったものとは、おや指は指節間関節、その他の手指は近位指節間関節以上を失ったものをいう。
3. 手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節間関節(おや指にあっては、指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。
4. 足指を失ったものとは、その全部を失ったものをいう。
5. 足指の用を廃したものとは、第一の足指は末節骨の半分以上、その他の足指は遠位指節間関節以上を失ったもの又は中足指節間関節若しくは近位指節間関節(第一の足指にあっては、指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいう。
6. 各等級の後遺障害に該当しない後遺障害であって、各等級の後遺障害に相当するものは、当該等級の後遺障害とする。
7. 「外貌に著しい醜状を残すもの」とは、原則として、次のいずれかに該当する場合で、人目につく程度以上のものをいう
 - (1) 頭部にあっては、てのひら大(指の部分は含まない)以上の癍痕又は頭蓋骨のてのひら大以上の欠損
 - (2) 顔面部にあっては、鶏卵大面以上の癍痕または10円銅貨大以上の組織陥没

- (3) 頸部にあつては、てのひら大以上の癍痕
- 8. 「外貌に相当程度の醜状を残すもの」とは、原則として、顔面部の長さ5センチメートル以上の線状痕で、人目につく程度以上のものをいう
- 9. 「外貌の単なる醜状を残すもの」とは、原則として、次のいずれかに該当する場合で、人目につく程度以上のものをいう
 - (1) 頭部にあつては、鶏卵大面以上の癍痕又は頭蓋骨の鶏卵大面以上の欠損
 - (2) 顔面部にあつては、10円銅貨以上の癍痕又は長さ3センチメートル以上の線状痕
 - (3) 頸部にあつては、鶏卵大面以上の癍痕
- 10. 「外貌に軽度の醜状を残すもの」とは次のいずれかに該当するものをいう
 - (1) 頭部にあつては、10円銅貨大以上の癍痕
 - (2) 顔面部にあつては、直径1cm程度以上の癍痕又は長さ1.5cm以上の線状痕
 - (3) 頸部にあつては、10円銅貨大以上の癍痕
- 11. 露出面以外の醜状について
 - 上腕又は大腿にあつては、その1/2程度、胸部又は腹部にあつては、それぞれ1/4程度、背部及び臀部にあつては、その全面積の1/8程度超えるものは、15級第3項又は第4項の準用とする。

安全共済会の手続きについてのよくあるご質問

① 加入者名簿の記載時に年齢の記載は必須ですか。

→ 個人を特定するために氏名と年齢・性別については記載をお願いしております。

② 乳幼児の加入について保護者の同伴（加入）は必須ですか。

→ 0歳から3歳まで（就学前の3年以下の乳幼児）については保護者の同伴が必須となります。加入者名簿の同伴保護者 No.欄に保護者の加入 No.を必ずご記載ください。

保護者の同伴がない場合は事故が発生しても安全共済会の対象となりません。

4歳以上の幼児について、規約上では保護者の同伴は必須ではありませんが、小学生以下の幼児の方が行事に参加する場合は、できるだけ保護者の方に同伴をしていただくのが望ましいです。

③ 加入申込書の種別について、指導者と育成者の違いとは何ですか。

→ 指導者・・・子ども会の役員・運営者・管理者にあたる。世話人という呼び名もあります。

例えば、ジュニア・リーダークラブの役員やスポーツ行事の監督などが当たります。

育成者・・・単位子ども会の一般役員または子どもの保護者、地域全体の大人に当たります。

④ 加入申込書のなかで氏名の漢字間違え、年齢・学年の記載ミスが発覚した。再度申し込み書類の提出は必要か。

→ 発覚しだい該当箇所を修正し、FAX 等で県子連までお知らせください。

⑤ 〈共済様式〉05 年間行事計画書は市町村子連独自のものを作成している。安全共済会の加入手続きの際は、独自の様式でもよいか。

→ 〈共済様式〉05 に別紙参照と記入していただき、それぞれの行事計画書を添付して下さい。ただし、日程・場所・行事名・参加予定人数は必ず明確にしてください。

⑥ 〈共済様式〉05 年間行事計画書について行事の日程が不明の場合の記載方法

→ 実施予定日に“未定”と記入し、提出してください。日程確定次第、追加・変更欄に〇をし、再提出をお願いいたします。

※事故発生後の行事変更連絡は原則として対象となりません。

⑦ 〈共済様式〉08、09 変更届は必ず提出しなければならないか？

→ 市外や県外の引越し・転居であれば、共済会の加入確認の有無を調べるための、必要な書類となります。FAX 等にてご提出ください。

また、市町村子連の代表者が変更した場合についても安全共済会加入にかかる契約者の変更となりますので、必ず自著もしくは押し印された原本にてご提出をお願いいたします。

賠償責任保険の申請手続きについて

子ども会活動中に、子ども会とは関係ない第三者に怪我をさせてしまった時や、子ども会とは関係のない物を壊してしまった時のための保険です。

1 事故第一報について

単位子ども会から、市町村子ども会連絡協議会を通じて、愛知県子連へ子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》(様式 B01) を FAX (052-212-5507) で提出してください。

受付後、愛知県子連より全国子ども会連合会へ転送します。

※「全国子ども会安全共済会事故第一報報告書」とは様式が異なります

2 有責・無責判断

・全国子ども会連合会より、賠償責任保険を取り扱う保険会社へ報告され、有責無責の判断が行われます。

・保険会社の判断後、全国子ども会連合会・愛知県子連を経由して市町村子連へ通知されます。

※安全共済会チラシに記載の「お支払いできない主な場合」からおおよその有責無責判断をすることは可能ですが、最終的には保険会社の判断により決定します。ご判断が難しい場合は、先ず第一報のご提出をお願いします。

3 請求手続き

有責判断となった場合、愛知県子連より必要書類をお送り致します。

※各必要書類については、保険会社の取扱い管理書類となるため、事前配布等はありません。

- ・様式 B02 賠償責任保険保険金請求書
- ・様式 B03 賠償責任事故解決通知書
- ・様式 B04 損害賠償に関する承諾書(免責証書)
- ・様式 B05 委任状
- ・様式 B06 お客様の情報に関するお取扱い兼同意書
- ・様式 B07 全国子ども会賠償責任保険に係る証明書類について
- ・様式 B08 {
 - ・写真(修理前・修理後)
 - ・請求書・領収書(原本)
- ・共済様式 01 共済契約申込書の写し
- ・共済様式 03、04 加入申込書の写し
- ・共済様式 05 年間行事計画書の写し

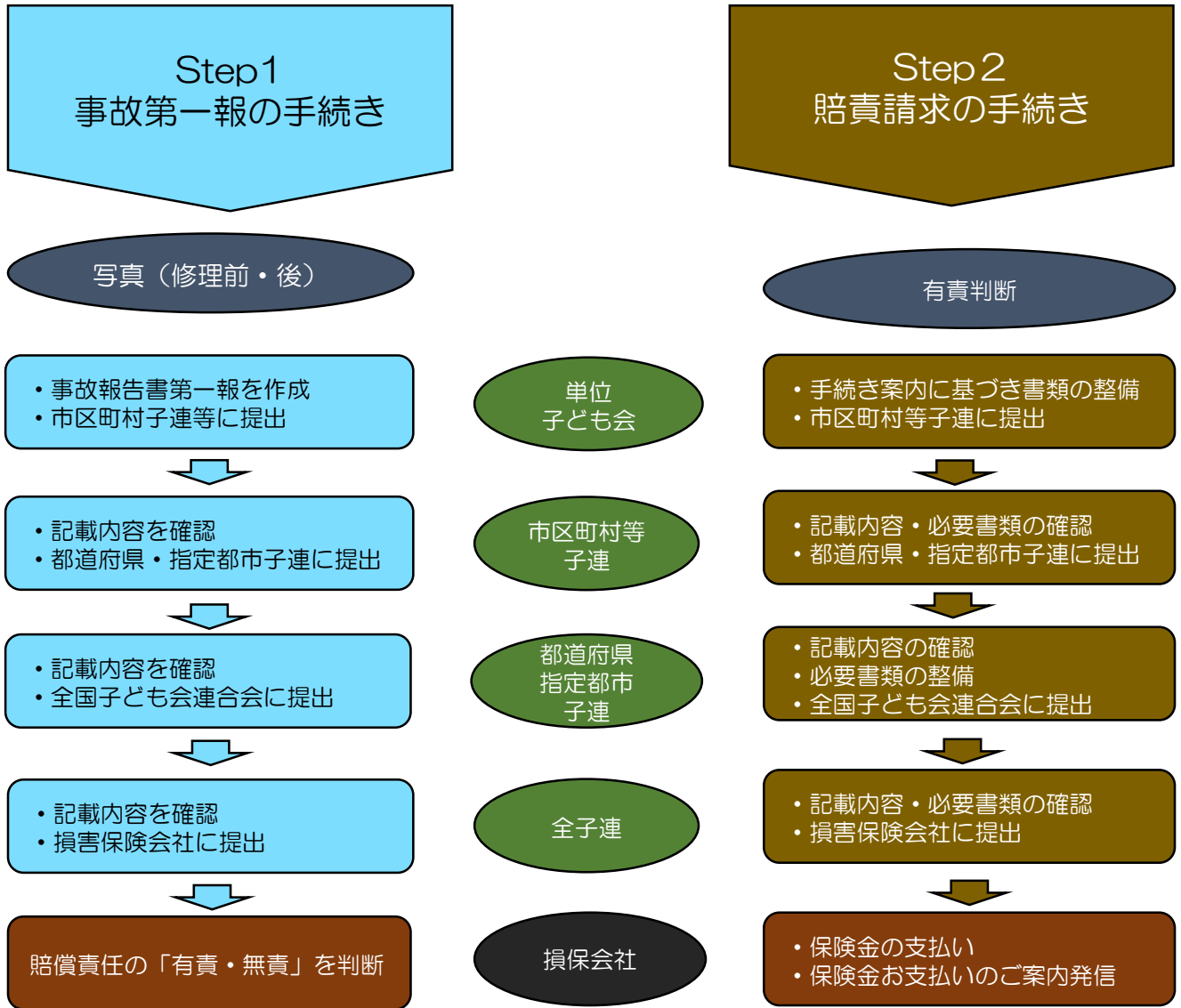
4 支払いについて

全子連へ請求書類が到着してから約1ヵ月後です。

※審査・照会状況により支払い手続きが延長する可能性もあります。

賠償責任保険 請求の流れ

事故が起ったら ～第一報から賠償責任保険金請求の流れ～



必要書類(全子連HPに掲載されています)

様式番号	様式名
B-01	子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》
B-02	賠償責任保険 保険金請求書
B-05	委任状
B-06	お客様の情報に関するお取扱い 兼 同意書
B-03	賠償責任事故解決通知書
B-04	損害賠償に関する承諾書(免責証書)
B-07	全国子ども会賠償責任保険に係る証明書類について
B-08	写真・修理明細(見積書)・請求書・領収書貼付用紙

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

【B01】

報告日：令和〇年6月7日

対人・対物
(いずれか〇)

事故を起こした人(加害者)が特定できない場合は、主催団体の代表者名を記入してください。

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	大塚子ども会
	代表者名	大塚 太郎
	住所	東京都文京市大塚1-1-1
	担当者	音羽 花子
	連絡先	042-111-6666
(共催者があれば共催者名)		

主催団体に関する事項を記入ください。

事故日時	令和〇年6月4日(土曜日)	午前・午後 10時30分頃
事故場所	大塚小学校グラウンド	

＜事故を起こされた方＞

加害者(甲)	所属子ども会名	主催子ども会と同じ	共催子ども会と同じ
	住所	東京都文京市大塚2-3-4	
	氏名	根津 太郎	男・女 10才(他名) TEL 042-111-8888
	他の賠償責任保険加入有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	保険名称 個人賠償(たんぼぼを含む) (その他) 会社名

加害者が個人賠償責任保険に加入の有無を記入してください。有の場合は保険名称・会社名を記入してください。

＜ケガをされた方・損害を被った方(被害者)(学校等の場合は学校名)＞

被害者(乙)	住所	東京都文京市大塚3-3-3	
	氏名	大塚小学校 校長 湯島 一郎	男・女 55才 TEL 042-111-9999

＜事故の状況＞

事故発生状況	事故の発生原因・状況・結果など右欄に詳しく記入して下さい。 ①甲と乙は、事故のとき、何をしていましたか。 ②事故の原因は何ですか。 ③甲は乙に対してどのような損害を与えて賠償責任を負うに至ったのですか。 ④事故の後、どのような措置をとりましたか。	＜行事名：ソフトボール練習 <input checked="" type="checkbox"/> 記入例 ＞ ソフトボールのバッティング練習で打った球が、誤った方向へ飛んでしまい、防球ネットを超えて校舎一階の窓ガラスに当たり、窓ガラスが割れてしまった。 すぐに、小学校へ連絡して破損箇所の写真を撮り、大塚ガラス店へ修理依頼を行った。
	事故の状況図・見取り図 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">概略図を記入ください。</div>	修理代金・修理業者がわかる場合は記入してください。
被害損害状況	対物	◎修理見積金額 15,000 円 ◎修理者名・連絡先 042-111-8899 大塚ガラス店 ◎修理不可能な場合：破損物の購入年月及び購入額— 年 月 円
	対人	◎ケガの部位： ◎治療状況： <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 手術 ◎病院名・連絡先：

個人情報、子ども会賠償責任保険の引受の審査及び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、保険金の請求・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、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/都道府県(指定都市)子連 等記入欄

市区町村等子連名	文京市子ども会育成連絡協議会
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	文京地区
県(指定都市)子連名	特定非営利活動法人東京都子ども会連合会
担当者名	白山 弥生

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
—	

賠償責任保険保険金請求書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

保険契約にもとづき保険金を請求します。
保険金は下記の口座に振込ください。
指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。

①請求日・・・請求書作成日を必ずご記入ください。
請求日 令和 〇 年 6 月 11 日

②保険金請求者・・・賠償責任を負った方が保険金請求者となります。

おとこ	フリガナ	トウキョウトフ	ンキョウクオ	オツカ	6
	ガナ	-1-14	セ	ンコク	ドモカイヒ
おところ	〒112-0012 東京都文京区大塚6-1-14 全国子ども会ビル3階				
おなまえ	フリガナ	セ	ンコク	ドモカイ	レンコ
おなまえ	請求者印 （全子連が押印）				
事故	事故を起こした人が特定できない場合は 主催団体の代表者名を記入してください 本人・親権者・その他（ ）				
事故を起こされた方のお名前	TEL 042 - 111 - 8888 根津 太郎 (10) 歳				

③ご契約内容・・・ご請求される保険をご記入ください。
（保険証券をご確認ください）

証券番号	加害者が他の賠償責任保険の加入の有無を記入してください。
全子連が記入し	有の場合は保険会社名および請求の有無を記入してください。

④他の保険契約・・・今回の事故でお支払いの対象となる他の賠償責任保険契約の有無・内容等をご記入ください。

	会社名	証券番号/保険種類	ご請求の有無
有			有・無
無			有・無

⑤ケガをされた方・損害を被った方（被害者）

おとこ	フリガナ	トウキョウトフ	ンキョウシ	オツカ	
	ガナ	3-3-3			
おところ	〒200-0001 TEL 042 - 111 - 9999 東京都文京市大塚3-3-3				
おなまえ	フリガナ	ユシマイチ	ロウ		
おなまえ	湯島 一郎				
職業	大塚小学校 校長			性別	男

被害者が学校(法人)の場合は校長名(代表者名)を記入してください

⑥事故日時と状況・・・事故の状況を出るだけ詳しくご記入ください。

事故日時	令和 〇 年 6 月 4 日 (土曜日)		
	午前	10 時 30 分頃	天気 晴れ
事故場所	大塚小学校 グラウンド		
事故状況	ソフトボールのバッティング練習で打った球が、誤った方向へ飛んでしまい、防球ネットを超えて校舎一階の窓ガラスに当たり、窓ガラスが割れてしまった。すぐに、小学校へ連絡して破損箇所の写真を撮り、大塚ガラス店へ修理依頼を行った。		
事故証明欄	上記事故について相違ないことを証明します。 証明者 住所 氏名 電話 この欄は記入不要です		

⑦保険金振込先・・・通帳等をご確認のうえ、正確にご記入ください。

保険金振込先 (1)	東京中央	銀行	店番	150	本店	預金種類	普通	口座番号	3213211
	ゆうちょ銀行 ※1	信用金庫	大塚	支店	当座	再発行番号 ※2		口座番号	
	フリガナ	オ	オ	ツ	カ	タ	ロウ		
お支払い先	フリガナ	トウキョウトフ	ンキョウシ	オツカ	1-1-1	オ	オ		
	フリガナ	カ	コ	ド	モ	カ	イ	カ	イ
	〒200-0001 東京都文京市大塚1-1-1 大塚子ども会会長 大塚太郎								

※1 ゆうちょ銀行へのお振込みについては、総合口座（「ばるる」を含む）のうち、送金機能が設定されている口座をご指定ください。
※2 再発行番号がある場合は、その番号をご記入ください。

通帳をご確認のうえ
ご記入ください

代理店 扱 者	受付印	営業店受付印
------------	-----	--------

・2 口座お振り込

保険金振込先 (2)	ゆうち	フリガナ	
	お支払い先	フリガナ	

- 損害額を加害者側が支払った場合は、加害者側の振込先口座を記入してください。「B05賠償責任事故解決通知書」の提出が必要になります。
- 被害者もしくは直接修理業者等に支払う場合は「B06損害賠償に関する承諾書(免責証書)」に振込先口座を記入してください。
- お支払い通知送付先は必ずご記入ください。

記入例は子ども会代表者が損害額を支払って「B05賠償責任事故解決通知書」で対応したケースで記載しています。
「B06損害賠償に関する承諾書(免責証書)」で処理した場合は振込先口座は記入せずお支払い通知送付先に子ども会代表者の住所・氏名をご記入ください。

賠償責任事故解決通知書

【B03】

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

子ども会(加害者)が修理代等の損害賠償額を支払って解決した場合に使用します。

被害者もしくは修理業者等へ損害賠償額を支払う場合は、「B6 損害賠償に関する承諾書(免責証書)」を使用します。

保険契約者	公益社団法人 全国子ども会連合会
証券番号	(全子連で記入)
事故年月日	令和 〇 年 6 月 4 日
事故場所	大塚小学校 グラウンド
事故状況	

ソフトボールのバッティング練習時に打った球が誤った方向へ飛んでしまい、防球ネットを越えて小学校校舎一階の窓ガラスに当たり、破損させてしまった。

加害者(事故を起こされた方)	住所：東京都文京市大塚2-3-4 氏名：根津 太郎
被害者(相手方)	住所：東京都文京市大塚3-3-3 氏名：大塚小学校校長 湯島 一郎
相手方損害額	15,000 円 ← 修理代等の損害賠償額
示談書を提出できない理由	① 賠償金は相手方に支払済ですが、示談書は作成しておりません。賠償金支払いの証として、領収書もしくは振込票を添付します。
	② 被害者が官公庁である為、示談書を取付けできませんでした。支払済みの納付命令書を添付します。

上記事故については、別添のとおり、令和 〇 年 6 月 10 日に相手方に対して、損害賠償金 15,000 円を支払いました。

つきましては、下記のとおり確約いたしますので、この賠償責任事故解決通知書をもって、相手方との示談書に代えて保険金を請求いたします。

領収書の日付

- 上記保険金の受領により、万一他から何らかの苦情または異議申立てがありましても、当方で解決し、保険会社には一切ご迷惑をおかけいたしません。
- 上記保険金(免責金額があれば、それを差し引いた後の金額。限度額があれば、限度額適用後の金額)の受領により、今後一切、この事故による保険金の請求はいたしません。

署名日を記入してください

令和 〇 年 6 月 11 日

被保険者
(子ども会代表者)

住所

東京都文京市大塚1-1-1

主催団体の子ども会代表者

氏名

押印してください

大塚 太郎

印

損害賠償に関する承諾書（免責証書）

[B04]

当事者 甲 ← 加害者の子ども会代表者名

提出日 令和 ○ 年 6 月 10 日

大塚子ども会 会長 大塚 太郎 様

当事者 乙 (損害賠償請求者) ← 被害者

〒 200 - 0001

住 所 東京都文京市大塚3-3-3

氏 名 大塚小学校校長 大久保 大介 ⑩

「2」は被害者(乙)が損害額を支払っている場合または損保会社が修理業者等に直接支払う場合に記入してください

「1」は加害者(甲)が被害者(乙)に賠償金額を支払って解決した場合に記入してください

事故日時	令和 ○ 年 6 月 4 日 午前 ・午後 10 時 30 分
事故場所	大塚小学校 グラウンド 押印してください
事故状況	ソフトボールのバッティング練習で打った球が誤った方向へ飛んでしまい、防球ネットを越えて小学校校舎一階の窓ガラスに当たり、破損させてしまった。

上記事故によって、私 乙が被った損害に対する一切の損害賠償金として下記承諾条件の損害賠償額を受領ののちは、甲に対してその余の請求を放棄するとともに、同金額以外に相互に何ら債権債務のないことを確認いたします。なお、今後裁判上・裁判外を問わず何ら異議の申し立て、請求をいたしません。

承諾条件	甲の損害賠償額	甲は乙に対して金 15,000 円を賠償する。
	支払の方法 ※1か2のいずれかに○印を付してください	1. 上記損害賠償金 _____ 円は、甲より 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日に受領しました。 ②. 上記損害賠償金の支払は、甲の損害賠償保険より受領する保険金 14,000 円（甲の自己負担額 1,000 円を除いた金額）について、保険会社から下記銀行口座への振込で行う。 また甲は、自己負担額 1,000 円を下記銀行口座へ振込む。

振込先が1ヶ所の場合は（イ）の欄のみに記入し、振込先が2ヶ所ある場合は、（イ）（ロ）両欄にそれぞれ記入してください。

(イ) 銀行振込指示欄										(ロ) 銀行振込指示欄									
振込額	千	百	+	万	千	百	+	円		振込額	千	百	+	万	千	百	+	円	
		¥		1	4	0	0	0											
□座名義 (加加)	大塚ガラス店									□座名義 (加加)	【自己負担額(免責金額)について】								
住所	東京都文京市大塚3-4-5									住所	施設所有者賠償責任保険の場合は 1,000円 受託者賠償責任保険の場合は 3,000円								
振込先 (銀行)	文京		銀行 信金 信組		大塚		本店 支店			振込先 (銀行)									本店 支店
	□座種類		店No.		□座番号					振込先 (銀行)	□座種類		店No.		□座番号				
	普通		1 2 0		1 2 3 4 5 6 7					振込先 (銀行)									
振込先 (郵貯) ※1	ゆうちょ		銀行		□座種類					振込先 (郵貯) ※1									
	□座記号		※2		□座番号					振込先 (郵貯) ※1									
内容	1. 修理費 2. その他 ()									内容	【被害者が修理代等を支払っている場合】 銀行振込指示欄は被害者の内容を記入してください 【損保会社が修理業者に直接支払う場合】 銀行振込指示欄は修理業者の内容を記入してください								

※1 ゆうちょ銀行へのお振込については、総合口座（「ば・る・る」を含む）のうち送金機能が設定されている口座をご指定ください。

※2 再発行番号がある場合はご記入ください。

※3 □座番号は左づめでご記入ください。

返信管理ID：

【B05】

令和 ○ 年 6 月 11 日

提出日を記入してください

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社御中

委 任 状

証 券 番 号	第	号	被 保 険 者	
事 故 発 生 日		年 月 日	保 険 金	

貴社の上記の契約に関する保険約款の定めるところに従い、保険金の請求・受領に関する一切の権限を代表者に委任します。

委任日を記入してください

令和 ○ 年 6 月 11 日

(受任者) 住 所 東京都文京区大塚6-1-14
代表受取人 公益社団法人 全国子ども会連合会 会長 美田 耕一郎

(委任者) 住 所 東京都文京市大塚1-1-1
受 取 人 大塚子ども会 会長 大塚 太郎 印

(委任者) 住 所 委任日現在の主催団体の住所・団体名・代表者名を記入してください
受 取 人 印

(委任者) 住 所 _____
受 取 人 _____ 印

(委任者) 住 所 _____
受 取 人 _____ 印

【お客様の情報に関するお取扱い】

保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意くださいますようお願い申し上げます。

弊社は、保険金のご請求に関してお客様等の情報をご提供いただき、必要な範囲内で適法かつ公正に情報を収集させていただきます。これらの情報は以下の目的の範囲で利用させていただきます、法令で定められている場合または下記くお客様の情報の外部への提供等について>に記載されている場合を除き、お客様の同意なしに目的の範囲外で利用したり、第三者に提供することはありません。

<利用目的について>

お客様からお預かりした情報は、保険金の迅速・円滑・適正なお支払いに利用させていただきます。

<法令に基づく利用目的の制限について>

弊社は保険業法第17条第1項第2号の定めに基づき、お客様の個人情報の取扱いに必要かつ適切な範囲で、お客様の個人情報を取り扱います。

【加害者が未成年の場合】

同意者欄は加害者の親権者を記入してください。
被保険者欄は加害者を記入してください。

保険業の適切な運営に努めます。

<お客様の情報提供について>

お客様からご提供いただいた情報は、保険金の請求に必要かつ適切な範囲で、お客様の個人情報を取り扱います。

【加害者が成人の場合】

同意者欄は加害者を記入してください。

次の場合、外部へ提供することがあります。

- ① 個人情報の保護に関する法律その他法令等により外部への提供が必要と判断された場合
- ② 弊社のグループ会社・提携先企業へ提供する場合
- ③ 保険金の適正および迅速な支払いのために保険事故関係者（当事者、相手方、保険会社、医療機関、修理会社、保険契約者等）へ提供する場合
- ④ あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託先（保険代理店を含みます）等へ提供する場合
- ⑤ 再保険金請求等のために再保険会社等へ提供する場合
- ⑥ 情報交換制度に基づき、損害保険会社・共済等の間で情報を共同利用する場合
- ⑦ 他の保険契約等（共済契約等も含みます。以下同様とします）がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、負担部分を超える額を求償するために必要な情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報）を、その保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合
- ⑧ 上記①～⑦の場合において、弊社が情報の提供を受ける場合

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 令和〇年6月11日
(同意日を必ずご記入ください)

同意書

お客様の情報に関する取扱い」の記載事項を確認し、保険金の支払いなど保険業の適切な運営に必要な範囲において、情報の取得・利用・提供を行うことに同意します。

(同意者)

住所 東京都文京市大塚2-3-4

氏名 根津 京一郎 被保険者との続柄 父
(同意者と被保険者が異なる場合)

(被保険者)

住所 同意者と同じ

氏名 同意者と同じ 根津 太郎 生年月日 令和 X 年 5 月 5 日

事故日 令和〇年6月4日

※ 同意は原則として被保険者本人が行ってください。被保険者が未成年である場合、お亡くなりになっている場合には、それぞれ親権者、相続人等がお書きください。

証明日を記入してください

令和 ○ 年 6 月 11 日

公益社団法人 全国子ども会連合会
会 長 美田 耕一郎 殿

押印してください

都道府県・指定都市子連名 特定非営利活動法人東京都子ども会連合会

代表者名 東京 一郎

印

証明日現在の代表者名を記入してください

全国子ども会賠償責任保険に係る証明書類について

(子ども会安全共済会加入者及び子ども会活動中)

下記の子ども会で発生した事故は、年間計画に示された活動であり、子ども会活動事故であることを証明する。

さらに、主催者の子ども会は、子どもと大人の両者が安全共済会加入者であることを明する。

記

1. 子ども会名 大塚子ども会

証明日現在の子ども会代表者名を記入してください

2. 代表者名 大塚 太郎

住 所 東京都文京市大塚1-1-1

3. 連 絡 先 TEL 042 - 111 - 3333

4. 事 故 日 令和 ○ 年 6 月 4 日 (土)

以上

(子ども会賠償責任保険 保険金請求用)

写真・修理明細(見積書)・請求書・領収書貼付用紙

領収書(原本)

免責証書の場合は領収書は不要です。
ただし、請求書の提出が必要です。

写真(修理前)

【車の場合】

- 1.修理箇所
- 2.車全体
- 3.ナンバープレートの入っている写真

が必要です。

写真(修理後)

修理明細書
(見積書等)

請求書

資料が複数の場合は、重なることが少ないようにお貼りください。
(用紙が複数枚となってもかまいません)