

令和5年度 こども会安全共済会について

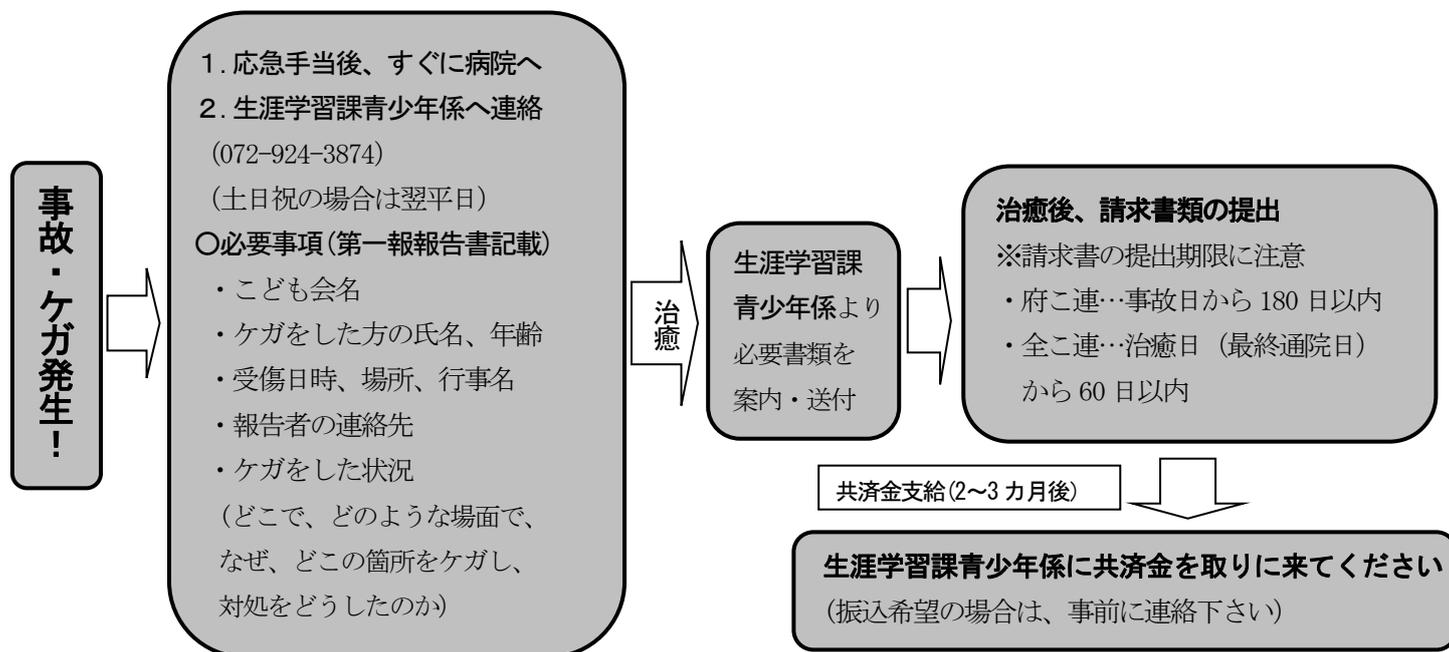
目次

1. 安全共済会の加入と補償について P.1~2
手続きの注意事項 P.3
【以下、ケガをした場合の書類】
2. 安全共済会事故第一報報告書記入例 P.4 (5の様式を書く際の記入例です)
3. 府こ連請求書類記入例 P.5~8 (記入書類は生涯学習課青少年係より担当者へ送付します)
4. 全こ連請求書類記入例 P.9~11 (記入書類は生涯学習課青少年係より担当者へ送付します)
5. 安全共済会事故第一報報告書様式 P.12 (ケガをした際にまず市役所に連絡と共に提出する)

事故・ケガが発生した場合の流れ

☆まずは生涯学習課青少年係に連絡。

賠償責任保険もありますので、対人対物の事故の場合もご相談ください。
(*対物事故の場合、破損した状態の写真を必ず撮っておいてください。)



八尾市青少年育成連絡協議会

● 事務局 八尾市役所教育委員会事務局 生涯学習課 青少年係
〒581-0003 八尾市本町1-1-1 八尾市役所内
TEL: 072-924-3874 FAX: 072-924-5593
e-mail: gakusyuu@city.yao.osaka.jp
HP: で検索
※市ホームページに案内・様式等を掲載しています

1. こども会安全共済会の加入について

☆安全共済会とは

こども会活動中に発生した負傷・疾病・後遺障害または死亡に対して、傷病共済金を給付する制度です。「指導者、育成会員の管理下におけるこども会活動中」及び「こども会活動の指導中」に生じた事故のうち、事前に「年間行事予定表」にが対象です。

※傷病共済金とともに「賠償責任保険」も付与されており、指導者・育成者が主催者として法律上の損害賠償責任（対人・対物）を負った場合にも適用されます。

☆加入対象者

八尾市青少年育成連絡協議会加盟の、各地区育成連絡協議会所属の単位こども会・育成会のこども会会員、指導者（高校生以上のリーダー・成人指導者）、育成者（こども会会員保護者・行事協力者）。

※0歳児から加入が可能となっておりますが、4月1日現在で3歳以下（※1）の幼児については、保護者等（※2）の同時加入と行事への同伴が必須です。

（※1 平成30年4月2日以降生まれ）（※2 父母、祖父母又は親族（満18歳以上であること））

☆府こ連安全共済会と全子連安全共済会の違い

	府こ連（必須加入）	全子連（任意加入）
加入金額	1人あたり 年額 350円 (9/20以降の受付は300円)	1人あたり 年額 70円 (9/20以降の受付は60円)
請求可能日数	治療日数5日以上要し、 かつ2日以上通院した場合	通院1日から請求可能
支給金額	治療日数換算で、等級に応じて支給 *経過観察期間は原則除外	医療費総額の30% *事故日から180日以内に通院したもの *医療費総額とは、健康保険等により減額される前の金額をさします
請求書提出期限	事故日から180日以内	治癒日から60日以内

※八尾市育成協行事（ソフトボール大会、つな引き大会など）への参加は、

「府こ連・全子連」両方の加入が必要です。

加入方法

○インターネット加入システムにより登録し、各単位こども会ごとに所定の振込用紙にて、共済掛け金を入金してください。（りそな銀行窓口のみ手数料無料）

※別冊マニュアルを参考にしてください・

※ 年度途中に転入された方は、転出された市で安全共済会に加入されていないかご確認ください。府こ連または全子連のうち、転出市で加入していたものについては、新たに加入し直す必要はありません。事務局にその旨ご連絡ください。

☆補償内容（抜粋） *詳しくは府こ連安全共済会、全子連安全共済会の各パンフレットをご覧ください。

		大阪府こども会 安全共済会				全国子ども会 安全共済会	
傷病 共済金	区分	治療日数	共済金	区分	治療日数	共済金	事故により被った疾病・傷害の 医療費総額の30%を支給する。 【給付限度額】 下限：1,001円 上限：50万円 日数制限：180日を限度とする
	1等級	71日以上	60,000円	5等級	31日～40日	29,000円	
	2等級	61日～70日	50,000円	6等級	21日～30日	22,000円	
	3等級	51日～60日	43,000円	7等級	11日～20日	15,000円	
	4等級	41日～50日	36,000円	8等級	5日～10日	8,000円	
医師の証明書料 ※1					3,000円		証明書料支給無し
後遺障害共 済金	死亡の場合				600万円		600万円
	後遺障害として1～15級				7万～600万円		7万～600万円
賠償責任保 険(最高額) ※2 ※3	身体障害	1名につき		1億円	免責なし		
		1事故につき		5億円	免責なし		
	財物損壊		1事故につき		200万円	免責なし	
	財物賠償		1事故につき		1,000万円	免責金額 3,000円 (自己負担額)	

※1. 証明書取得にかかった費用は、傷病共済金と併給で上記金額を支給いたします。

※2. 「賠償責任保険」とは、こども会活動中に生じた事故により、指導者・育成者等の主催者側が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る被害を、保険金をもって償うものです。府こ連では、安全会共済会員となった指導者・育成者を被保険者として、保険会社と賠償責任保険特約の締結をしています。H30より借りた物も対象。

※3. 被害金額に関わらず、免責金額として3,000円の自己負担となっております。

府こ連・全子連 共済金請求書類一覧と提出の流れ

※ 該当のページの記入例を参照してください。

	大阪府こども会安全共済会（府こ連）	全国子ども会安全共済会（全子連）
事故が 起きた時	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">生涯学習課青少年係にお電話またはFAXにて第一報をお願いいたします。</div> <ul style="list-style-type: none"> ・安全共済会事故第一報報告書 (P.13) 必要事項を記入後、生涯学習課青少年係へFAX、または電話。 電話受付時間 8:45～17:15 (平日のみ) FAX受付時間 終日 (通年)	
通院が 終わった時	<ul style="list-style-type: none"> ・共済金請求書 ・事故報告書 ・証明書 ・医療機関に対する同意書 ↑の様式は生涯学習課青少年係より担当者へ送付いたします。 記入例はP5～8に記載しております。	<ul style="list-style-type: none"> ・請求書兼事故証明書 ・個人情報の取扱いについての同意書 ・医療費領収書 医療点数が記載されたもの、受診した全回分提出。 (薬剤処方分も提出) 整骨院・接骨院での施術については、「柔道整復施術報告書」を使用してください。 ↑の様式は生涯学習課青少年係より担当者へ送付します。 記入例はP9～11に記載しております。 <ul style="list-style-type: none"> ・事故があった行事の案内チラシ、または日誌等
共済金 支給の時 (約2～3ヵ月後)	共済金支給・受領報告書 を共済金支給決定後、被共済者（または親権者）あてに送付します。 事務局へ提出時、共済金を受け取って頂きます。	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※請求書類の提出期限 事故日から180日以内に提出してください。 71日を経過した時点で請求してください。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※請求書類の提出期限 治癒日(最終通院日)から60日以内に提出してください </div>

府こ連・全こ連 手続きの注意

◇ 請求できる通院・入院日数について

〈府こ連〉通院が1回だけの場合は請求不可です。また治療日数が5日以上必要です。治療日数とは事故発生日から平常の生活に支障がない程度に治っていると見なされるまでの日数で、通院日数とは異なりますのでご注意ください。ただし、事故との関係が不明確な場合は、支給対象にならないことがあります。また事故後は13日以内に病院で診察を受けてください。14日以降の初診は対象外となります。

例①) 8月8日に怪我をし、8月9日、14日の2日間通院。
⇒8月8日～14日まで、7日間要しているので請求できます。

〈全こ連〉通院が1日からであっても請求可能ですが、医療費総額の30%が1000円以下の場合は対象外です。

◇ 証明書を医師に書いてもらった際の文書料について

府こ連請求書類のうち証明書記入にかかる文書料として、傷病共済金と併給で一律3,000円支給します。ただし、府こ連共済金が不支給となった場合、また、指定外の様式に記入された文書料は不支給となりますのでご注意ください。全子連の請求に証明書は不要です。

◇ 通院がしばらく空いた場合

経過観察期間は原則として治療期間に含みません。日数を差し引いて共済金を支給します。

例) 8月1日事故。8月2日、8月7日、9月1日、9月10日の4日間通院。
⇒8月7日～9月1日までの約4週間は経過観察期間ならば、治療日数は8月1日～7日と9月1日～10日の計17日間として7等級15,000円の共済金の支給となります。

◇ 行事の帰りにケガをした場合

こども会活動の往復途中の事故も請求可能です。※往復途上の賠償責任保険は請求出来ません。しかし、交通事故は、死亡・後遺障害を除き、対象になりません。

【自転車同士、または人(徒歩)と自転車の事故については、交通事故と考えず支払いの対象となります。(通常経路を通過していた事が条件)

◇ 後遺障害が残ったので、後遺障害共済金を請求したい場合

後遺障害共済金は、完治後の手続きが基本となりますので、後遺障害にあたる可能性がある場合は事務局にご相談ください。支給決定した際、府こ連では傷病共済金と後遺障害共済金どちらも支給されますが、全子連では傷病共済金と後遺障害共済金のどちらか金額の多い方が支給されます。

◇ 支給されない怪我の種類

こども会活動中の怪我であれば基本的に請求できますが、医師により腱鞘炎・野球ひじ(練習の積み重ねが原因で生じたひじの痛み)等、こども会活動との因果関係が不明瞭なケガと診断された場合、共済金は支給されません。※成長痛はオスグッド病以外は対象となります。

◇ 先の怪我の治療期間中に、別の事故にあつて怪我をした場合

治療期間中の別の事故については、請求することができません。治療中は安静にし、こども会活動は自粛いただくことが前提となっておりますので、指導者の方は注意してください。

◇ 全こ連の支払い額について

支給額は医療費総額の30%です。支払った金額の30%とは異なります。例を参照してください。処方された薬の代金分は、「医療費領収書」とは別に、薬剤処方点数の分かる領収書を添付ください。また、医療費助成制度等により500円しか払っていない場合や支払いがなかった場合も請求出来ます。例) 治療費は、保険証を提示して3割負担で3,000円支払った。
⇒健康保険が3割負担の方の場合、医療費総額の3割を自己負担しますので、元々の医療費総額は10,000円です。10,000円の30%として、共済金3,000円が支給されます。

◇ 請求の際に必要な、病院からの発行物

〈府こ連〉証明書(文書料必要)

〈全こ連〉医療費領収書のコピー(医療費の総点数が分かるもの)

※整骨院・接骨院での施術については、「柔道整復施術報告書」(P.11)の提出が必要な場合があります。(発行が有料の場合、文書料は支給対象になりません)

2. 安全共済会事故第一報報告書 記入例

被共済者番号

No. ○○○○○

安全会事故第一報報告書

報告年月日 年 月 日

報告者名 山本 三郎

連絡先 ○○○ (○○○)○○○○

事故内容

日 時	〇〇年 4月 21日(土)	時刻	午前・午後3時 15分	天 候	晴れ
被 害 者	氏名 大阪 太郎 <input type="checkbox"/> 男・女 8歳 3学年 (幼・ <input type="checkbox"/> 小・中・高・指・育)				
こども会名	やお1丁目こども会	単位こども会番号	○○○○		
行 事 名	ソフトボール練習				
発 生 場 所	〇〇小学校校庭				

事故の状況（原因・処置・経過・障害の状況など）

いつ：ソフトボールの練習中**どこで**：〇〇小学校校庭。**どんな状況でケガしたか**：上記被害者がで捕球ミスし、右手の人差し指にボールがあたった。**ケガの箇所**：右手人差し指。**ケガの状況**：赤く腫れていた。**応急処置の方法**：氷嚢で冷却した。**いつどの病院に行ったか**：4月21日に〇×整形外科へ連れて行った。**病院での診断**：レントゲンを撮り、骨折と診断を受ける。2ヶ月通院の予定。

【書類送付先 担当者住所】

住所：〒581-0000

八尾市 〇〇1-2-34

名前：大阪 次郎

<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、一般財団法人大阪府こども会育成連合会および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。

3. 府ご連書類 記入例

(1)大阪府子ども会共済金請求書(府様式第6号) 記入例

請求日>>2023年5月13日

(一財)大阪府子ども会育成連合会 様

大阪府子ども会共済金請求書

事故発生日

太枠内は被共済者(本人または親権者)が記入し、それ以外は市町村ご連が記入

〇〇年4月21日に発生した子ども会活動中の事故(傷病、後遺障害、死亡)に因り、
いずれかに○

大阪府子ども会安全共済会規程に基づき関係書類を添えて請求します。

本人または親権者

ご請求者	ふりがな	おおさか いちろう		被共済者との続柄	本人	親権者
	氏名	大阪	一郎		その他()	
	住所	〒581-0003 八尾市本町〇丁目-〇-〇			△(×××)〇〇〇〇	
被共済者	単位子ども会名	やお1丁目子ども会				
	ふりがな	おおさか	たろう	生年月日	S. (H) 〇〇年5月6日	
	氏名	大阪 太郎			8 歳	
	住所	〒同上		住所・連絡先がご請求者と同じ場合は、同上と表記していただいて構いません	(男)・女	
	連絡先	同上()			小3 年	

必ず本人または親権者の押印

住所・連絡先がご請求者と同じ場合は、同上と表記していただいて構いません

添付書類	1	当会の定める事故報告書	5	診断書(後遺障害時)
	2	当会の定める証明書	6	死亡診断書又は死体検案書(死亡時)
	3	医療機関に対する同意書	7	被共済者の戸籍謄本(死亡時)
	4	その他書類()	8	同意書(死亡時)

振込先	ゆうちょ銀行 以外の金融機関	りそな 銀行・信用金庫・信用組合 〇〇〇 支店 普通預金 口座番号 1234567	フリガナ マルマルシロドモカイセイレンゴウカイカイショウ・・・ 口座名義 〇〇市子ども会育成連合 会会長 桜川三郎
	ゆうちょ銀行	記帳記号 _____ 通帳番号 _____	フリガナ _____ 口座名義 _____

委任状 自署	代表者名	会長 村尾 佳代子
	所在地	八尾市本町1-1-1
	私は、上記の者を代理人と定め、大阪府子ども会安全共済会の共済金受領に関する件の権限を委任します。 〇〇年5月13日	ケガをされた方が未成年の場合は親権者等
被共済者(本人または保護者等)住所	八尾市本町〇丁目〇-〇	
被共済者(本人または保護者等)氏名	大阪 一郎	必ず押印

(2)大阪府子ども会事故報告書(府様式第7号) 記入例

(府様式第7号)

※

2023	安	27019
------	---	-------

※単位・個人番号

〇〇〇〇

※全子連加入

有・無

※印は、市町村こ連が記入して下さい

**保護者の加入・同伴
が無い場合、共済の
対象外となります！**

大阪府子ども会事故報告書

単位	子ども会名	やお1丁目 子ども会				
被共済者	氏名・ふりがな (生年月日)	おおさか たろう		男・女/学年	小3年・8歳	
	住所	大阪 太郎		〇〇年 5月 6日生		
		〒581-0003		Tel△△△(×××)〇〇〇〇		
		八尾市本町〇丁目〇—〇				
	被共済者が就学前3年以下の場合、事故当日に安全共済会へ加入していた保護者の同伴の有無			有・無		
当日の管理	氏名	山本 三郎	性別	男・女	年齢	45歳
	育成会での役職	会長				
事故発生 の状況	行事名	ソフトボール練習				
	発生の日時	〇〇年 4月 21日(土) 午前・午後 3時 15分				
	発生の場所	〇〇小学校グラウンド				
	(原因) ※どんな活動中に何をしていた事故が発生し、どこを負傷しどのような症状だったのか詳しく記入してください。	例) × ソフトボールの練習中に怪我をした ○ ソフトボールの練習中に、捕球しそびれて右手の人差し指にボールがあたり、赤く腫れていた				
治療の経過と状況	(対応) ※応急処置を含め、医療機関の受診から現在に至るまでの状況を詳しく記入してください。					
	例) すぐに氷で患部を冷やし、その状態ですぐに病院へ連れて行く レントゲン撮ってもらい、診断を受ける 2ヶ月ほど通院し、完治					

**当日に参加していた管理者のお名前を
記入してください(年齢も忘れずに)**

上記のとおり報告します。

〇〇年 5月 13日

単位子ども会会長 住所 八尾市本町〇丁目×—×

氏名 高安 花子

※事故の発生の日からその日を含めて180日以内に、市町村こ連を通じて大阪府子ども会育成連合会に提出して下さい。

<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、財団法人大阪府子ども会育成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、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。

(3) 証明書(府様式第8号-1) 記入例

※治療日数5日未満の場合等、共済金の支給対象
にならない場合は、証明書料(3,000円)も支給さ
れませんのでご注意下さい。

(府様式第8号-1)

証 明 書

(大阪府子ども会安全共済会)

傷病者	ふりがな 氏名	おおさか たろう 大阪 太郎 生年月日 / ○○年5月6日生	
	住所	〒581-0003 Tel. △△△(×××)○○○○ 八尾市本町○丁目-○-○	

傷病名	
-----	--

太枠内のみご記入し、それ以外は医療
機関にご依頼ください。
途中で転院した場合は、最後に受診し
た病院で取ってください。

ども含めて、詳しくご記入下さい。

(固定具名)	(使用期間)	(患者による着脱)
.....年 月 日～.....年 月 日	可・不可
.....年 月 日～.....年 月 日	可・不可

初診年 月 日	※治療日年 月 日
通院年 月 日～.....年 月 日 通院実日数(.....日間)	
入院年 月 日～.....年 月 日 (.....日間)	

医療機関で、医院名(ゴム印可)と医師
の氏名、押印をもらってください

上記のとおり証明します。

.....年 月 日

医療機関所在地及び名称

氏名

㊟

(お願い) この証明書は必ず担当医師が記入して下さい。太枠内のみ、子ども会関係者、ご本人が記入しても構いません。太枠の他に担当医師以外の方が記入・訂正・加筆され場合には、申請は無効といたします。

※治療日は必ず記入して下さい。(「〇月ごろ、初め、下旬、末」などは不可です。)

また、事故日から完治日まで71日以上を要し、現時点では日付を確定できない場合は、「〇月〇日現在も治療中」とご記入
ください。注) 共済金額算出等の為、医療機関に詳細を問い合わせる場合があります。

<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、財団法人大阪府子ども会育成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、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。

(4)医療機関に対する同意書(府様式第8号-2) 記入例

(府様式第8号-2)

医療機関に対する同意書

(同意日) 〇〇年 5月 13日

〇〇市立病院 御中
〇〇会総合病院 御中
御中

3カ所の医療機関を記入できます。
4カ所以上受診している場合は
同意書を2枚ご記入ください。

私は、〇〇年 4月 21日発生の事故における傷病について、一般財団法人大阪府子ども会育成連合会が共済金給付事務に関し、上記医療機関に対して下記の行為を行うことに同意します。

(被共済者) 住 所 八尾市本町〇丁目一〇一〇

必ず押印

氏 名 大阪 太郎 (印)

[〇〇年 5月 6日生]

(注) 被共済者が未成年者の場合は、以下の記入もお願いします。

(ご請求者) 住 所 八尾市本町〇丁目一〇一〇

怪我をされた方がお子様の場合
は、親権者(お父様・お母様等)
のお名前を記入願います。

氏 名 大阪 一郎

*患者(被共済者)様との関係 [親権者] ・配偶者 ・その他 ()]

記

1. 私が診察・検査を受けた医師または医療機関から診断・診療内容・検査結果・既往症病歴・治癒見込みなどについて説明を受けること。
2. 私の傷病の治療歴・事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提供すること。
3. 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸し出しを受けること、ならびに、資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・調剤薬局明細書・施術証明書などの診療情報資料
 - (2) レントゲン写真・CT・MRIなどの検査資料

<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、一般財団法人大阪府子ども会育成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、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。

5. 全子連書類 記入例

(1) 請求書兼事故証明書 (共済様式請求-11) 記入例

※ボールペンで記入して下さい

被共済者番号

<共済様式>請求-11

「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・指定都市子連名 (一財)大阪府子ども会育成連合会

代表者名 理事長 石橋 寿恵夫 ㊞

所属市区町村子連名 八尾市青少年育成連絡協議会

代表者名 村尾 佳代子 ㊞

単位子ども会名 やお1丁目子ども会

単位子ども会番号 〇〇

全国子ども会安全共済会 共済約款(必ず本人または親権者の印を) 掛金を請求します。

し請求者	住所	〒581-0003 八尾市本町〇丁目-〇-〇		ご請求日	〇〇年 5月 13日	
	氏名	大阪 一郎 ㊞		被共済者	住所	〒581-0003 八尾市本町〇丁目-〇-〇
	連絡先	△△(×××)〇〇〇〇			氏名	大阪 太郎 男 女
被共済者との続柄	本人・親権者・その他()		生年月日		〇〇年 5月 6日 8歳 3 ^学 年	
添付書類	①	医療費領収書(写) 10 枚 診療明細書 枚		②	個人情報取扱についての同意書	
	3	医療報告書(費用は自己負担)		4	その他()	
お振込先金融機関	りそな	銀行	信金・信組・農協・漁協・労金・()	ゆうちょ	() 店	
	大手	支店	普通預金以外の場合() 口座番号	フ	当日に参加していた管理者のお名前を記入してください(年齢も忘れずに)	
	フリガナ	ザイ)オオサカフツモカイケセイレンゴウカイアンセンカイリジチョウ	フ			
	口座名義	船財団法人大阪府子ども会育成連合会安全会 理事長 石橋寿恵夫		口		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	山本 三郎 男 女	年齢	45 歳	子ども会の役職	単位子ども会会長
日付	〇〇年 4月 21日 (日)	時刻	10:00	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()
場所	〇〇小学校グラウンド		行事名	ソフトボール練習	就学前3年以下の被共済者の場合
天候	晴れ	参加者数	15 名	安全共済会加入の保護者の同伴有無	有 無
事故状況の経緯	事故発生状況	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、ぐきつと音がして捻ってしまった。応急処置として氷で冷やしたが、痛みがひかないので当日大塚整形外科病院に行った。			
	治療の経過及び状況	(傷病部位)傷病名	右足首骨折		
		診療機関名1	大塚整形外科病院	診療期間(4月 21日 ~ 5月 8日)	
		治療の経過と状況	レントゲンの結果、右足首の骨折と診断された。ギブスで患部を固定し、経過観察で5回通院した。		
診療機関名2	高橋整形外科	診療期間(5月 8日 ~ 5月 13日)			
治療の経過と状況	整形外科での治療のあと、少し痛みがあったのでリハビリも兼ねて、患部のマッサージと電療法、温罨法の治療を行い5/13に治癒となった。通院は5回。				
因 過	※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				
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・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・サッカー・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				
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()				
都道府県子連・指定都市子連 確認欄 (確認済は○)	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)	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(センチティブ情報)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	受付日	担当者
	事務局にて記入	

都道府県指定都市子連	受付日	請求完了日	担当者

2018.10.1 改訂

(2) 個人情報の取扱いについての同意書 (共済様式 12) 記入例

請求-12

個人情報の取扱いについての同意書

〇〇市立病院 御中

〇〇会総合病院 御中

御中

私は、〇〇年4月21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

- 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。
- 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 〇〇年5月13日

・ 住所 八尾市本町〇丁目一〇一〇

・ 氏名 大阪 一郎

患者(被共済者)様との関係[本人 配偶者 親権者 の他()]

必ず押印

怪我をされた方がお子様の場合は、
親権者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います。

(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 八尾市本町〇丁目一〇一〇

氏名 大阪 太郎

生年月日 〇〇年5月6日生

ケガをされた
本人の氏名を記入
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。

(3) 柔道整復施術報告書 (共済様式22) 記入例

<共済様式>請求-22

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 大阪 太郎 生年月日 ○

受傷日 ○○年 4月 21日

施術期間 ○○年 4月 25日 ~ ○○年

施術日数 4 日

施術部位 右手人差し指

負傷名 軟骨損傷

健康保険等を使用して整骨院や整骨院等で施療を受けた場合、共済金支払の対象となりますので、無料で記入してもらえる場合はこちらを記入してもらってください。
(保険治療と保険外治療の金額の内訳がわかる領収書であればコピーでも対応できます)

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	1000	円
	初検時相談支援料		円
	再検料	1000	円
<施術情報提供料>			円
<往療料>			円
<施術料等>	整復・固定施療料	800	円
	後療料		円
	温罨法料	700	円
	冷罨法料		円
	電療料		円
計		3500	円

○○年 4月 28日

住所 _____
施術所名 **施術を受けた整骨院にて記入、
押印してもらってください。**
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。

ケガをした際に、まず市役所に連絡と共に提出してください

被共済者番号
No.

安全会事故第一報報告書

報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者名 _____

連絡先 (_____)

事故内容

日時	年月日()	時刻	午前・午後 時 分	天候	
被害者	氏名	男・女	歳	学年 (幼・小・中・高・指・育)	
こども会名		単位こども会番号			
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)

いつ:

どこで:

どんな状況でケガしたか:

ケガの箇所:

ケガの状況:

応急処置の方法:

いつどの病院に行ったか:

病院での診断:

【書類送付先 担当者住所】

住所: 〒

八尾市

名前:

<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、一般財団法人大阪府こども会育成連合会および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。