

3

豊川市子連 安全共済会の手引き (令和8年度版)

安全共済会に関する申請の方法を記入した手引きです。

記入例をよく読み、申請書をご記入ください。

申請書は、

全国子ども会連合会のホームページからダウンロード、

またはこの手引きをコピーして、ご利用ください。

〔連絡先〕 豊川市子ども会連絡協議会事務局

〒441-0292 豊川市赤坂町松本 250 音羽庁舎 2 階(教育委員会生涯学習課内)

電話:0533-88-8035 FAX:0533-88-8038

メール:gakushu@city.toyokawa.lg.jp

豊川市子連 安全共済会の手引き 目次

豊川市子連安全共済会の手引き 目次	P. 1
《全国子ども会安全共済会について》	P. 2～P. 7
① 加入の手続き	
② 令和8年度＜年間行事計画書＞について	
③ 事故等が起こった場合（医療共済金の請求）	
④ 賠償責任保険の請求	
⑤ その他共済金に関すること	
⑥ 安全共済会ネット加入のやり方	

【様式_記入例】

加入申込書＜共済様式＞03	P. 8
加入者名簿2＜共済様式＞04	P. 9
令和8年度＜年間行事計画書＞＜共済様式＞05	P. 10
変更届（単位子ども会用）＜共済様式＞07	P. 11
全国子ども会安全共済会事故第一報告書＜共済様式＞20	P. 12
＜医療共済金＞請求書兼事故証明書＜共済様式＞21	P. 13
個人情報の取扱いについての同意書＜共済様式＞22	P. 14
医療報告書＜共済様式＞23	P. 15
柔道整復施術報告書＜共済様式＞24	P. 16
子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》B01	P. 17
共済掛金等報告書（ネット加入用）＜共済様式＞06	P. 18

【様式_コピー用】

加入申込書＜共済様式＞03	P. 19
加入者名簿2＜共済様式＞04	P. 20
令和8年度＜年間行事計画書＞＜共済様式＞05	P. 21
変更届（単位子ども会用）＜共済様式＞07	P. 22
全国子ども会安全共済会事故第一報告書＜共済様式＞20	P. 23
＜医療共済金＞請求書兼事故証明書＜共済様式＞21	P. 24
個人情報の取扱いについての同意書＜共済様式＞22	P. 25
医療報告書＜共済様式＞23	P. 26
柔道整復施術報告書＜共済様式＞24	P. 27
子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》B01	P. 28
共済掛金等報告書（ネット加入用）＜共済様式＞06	P. 29

全国子ども会安全共済会とは？

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のケガ等について補償する共済保険です。ケガの医療費を一部補償する『医療共済金』のほか、賠償責任保険も含まれています。未就学児から大人まで、子ども会に関わる全員が加入できます。

共済保険について詳しくは、「全国子ども会安全共済会に入ろう！」のチラシをご覧ください。

① 加入の手続き

☆ (4月) 年度当初の加入の手続き

単位子ども会で以下のものを一式そろえて、校区の市子連協議員にご提出ください。
書類は、協議員が令和8年4月10日(金)の市子連会議にて市子連に提出します。

- 加入申込書<共済様式>03 (記入例 P. 8 コピー用様式 P. 19)
- 加入者名簿 2 <共済様式>04 (コピー用様式 P. 20) ※一度の加入で31名以上のとき
- 令和8年度<年間行事計画書><共済様式>05 (記入例 P. 10 コピー用様式 P. 21)

※ 年度当初手続きに限り、4/1加入として登録されます。書類は4/1付けで作成ください。
※ R5年度より会費の提出は不要となりました。(育成者分も含む)

☆ (4月以降～) 追加加入の手続き

加入者名を記入した「加入申込書<共済様式>03」を直接、市子連事務局にご提出ください。
(協議員からの提出、単位子ども会役員からの提出、どちらでもOKです。)
(郵送可。ただしメール・FAX提出は、押印または自署が必須のため不可)

- 加入申込書<共済様式>03 (記入例 P. 8 コピー用様式 P. 19)

※ネット加入の場合は、『06 共済掛金等報告書(ネット加入用)』を提出してください。(メール可)
※ 加入申込書は以前提出したものに追記ではなく、新しい加入申込書に追加する方の情報のみ
を記入してください。N o. も、新たに1からになります。

☆ 他の子ども会から転入してきた場合

▼転入前に既に安全共済会に加入している

以下の様式を記入し、市子連事務局までご提出ください。
(郵送・FAX可。メール提出はExcel形式・PDF形式のみ可)

- 変更届(単位子ども会用) <共済様式>07 (記入例 P. 11 コピー用様式 P. 22)

▼転入前に全国子ども会安全共済会に加入していない/わからない

通常の追加加入の手続きをしてください。

※単子から引っ越しなどの理由で退出する人がいる場合、手続きや事務局への連絡は不要です。
手続きは「転入先」子ども会のみで行います。

・・・・・・・・追加加入の注意点・・・・・・・・

追加加入や変更届の事務局への提出は、毎週水曜日の正午が締め切りです。水曜日の正午までに提出があった分を、その週の登録として扱っています。行事の1週間前には、事務局への提出をお願いします。

② 令和8年度＜年間行事計画書＞について

- 年間行事計画書に記載されている事業が、安全共済会の補償の対象となります。
単位子ども会事業だけではなく、中学校区子ども会事業や市子連事業に参加する加入者がいる場合は、漏れなく全て記入してください。
- 提出前に、必ず控え（コピー）をとり保管しておいてください。（修正・変更時に使用）

☆（4月以降～）令和8年度＜年間行事計画書＞の提出方法

年度当初の提出以降、＜年間行事計画書＞に行事・活動名の変更や追加等がありましたら、保管しておいた控えに何を追加・修正したか分かるように記入し、行事の1週間前までに、最新版の＜年間行事計画書＞を市子連事務局までご提出ください。

（協議員からの提出、単位子ども会役員からの提出、どちらでもOKです。）
（郵送・FAX可。メール提出はExcel形式・PDF形式のみ可）

【変更の記入例】

	行事・活動名	備考
6/11 追加	キックベース	
	ドッジボール大会	雨天時14日に順延
	ラジオ体操	
	お楽しみ会	

※行事・活動名の変更は、二重線で消して修正してください。（修正テープ不可）

※新規追加の行事は、欄外または備考欄に追加した日を記入してください。

※行事が中止になった場合や行事・活動名以外の項目が変更になった場合の事務局への連絡・報告は不要です。

※R8年度より実施予定日、会場、人数の記入は不要になりました。記入する場合は、備考欄に記入してください。

【郵送・FAXで提出する場合】

変更・追加を記入した＜年間行事計画書＞をそのまま事務局へご送付ください。

（送付先はこの手引きの表紙に記載しています。）

提出前に、必ず控え（コピー）をとり保管しておいてください。（次回の修正・変更時に使用）

【メールで提出する場合の例】

宛先	gakushu@city.toyokawa.lg.jp	事務局のメールアドレス
件名	年間行事計画書の変更	
本文	豊川市子ども会連絡協議会事務局 御中 〇〇小学校区■■子ども会の△△△です。 年間行事計画書に変更がありますので送付します。 ■■子ども会 △△△	子ども会名、提出者名を必ず記入
添付ファイル	年間行事計画書＜共済様式＞05.xlsx	ExcelファイルまたはPDFファイルで送付

③ 事故等が起こった場合（医療共済金の請求）

医療共済金請求をご希望の場合は、豊川市子連まで下記の流れで資料①～⑤を提出してください。

～事故直後の提出書類～

事故判明後、早急に市子連事務局に提出してください。

（協議員からの提出、単位子ども会役員からの提出、どちらでもOKです。）

（郵送・FAX可。メール提出はExcel形式・PDF形式のみ可）

①全国子ども会安全共済会事故第一報告書 <共済様式>20（記入例 P.12 コピー用様式 P.23）

～最終診療後、30日以内に提出する書類～

（協議員からの提出、単位子ども会役員からの提出、どちらでもOKです。）

（事務局に直接、または郵送で提出。ただしメール・FAX提出は、押印または自署が必須の書類があるため不可）

②<医療共済金>請求書兼事故証明書 <共済様式>21（記入例 P.13 コピー用様式 P.24）

③全ての医療費の領収書または明細書

※自己負担が無い場合でも医療明細書は発行されます。

※領収書等が無い場合は、『医療報告書<共済様式>23』（記入例 P.15 コピー用様式 P.26）を提出。（文書料は自己負担です。）

※接骨院の場合は『柔道整復施術報告書<共済様式>24』（記入例 P.16 コピー用様式 P.27）を提出。（文書料は自己負担です。）

④個人情報の取扱いについての同意書 <共済様式>22（記入例 P.14 コピー用様式 P.25）

⑤行事開催日時・場所等の分かるチラシ

※参加者宛てのチラシ、日時を通知したメールやLINEのスクリーンショット等で結構です。

・・・・・・・・・・ **注意点** ・・・・・・・・・・

※請求の書類について、基本的に事務局から提出の催促は行いません。請求を希望される場合は、①を提出し、完治後早急に②～⑤を提出してください。①～⑤まで全ての書類が提出されて初めて、全国子ども会連合会にて保険適応かの審査が行われます。請求書をご提出いただいても、保険が適用されない場合もございます。

※審査が通った共済金は、全国子ども会連合会から直接請求者へ振り込まれます。（審査には時間がかかります。）

※事故第一報告書を提出後、保険請求をやめる場合は、事務局まで必ずご連絡ください。

医療共済金の補償の対象とならない主な場合……(一部)

- ①共済契約者又は被共済者や共済金を受け取るべき者の故意又は重大な過失
- ②被共済者が飲酒後に発生した当日中の事故等
- ③野球肘、疲労骨折など、子ども会活動と因果関係が不明確な傷害や疾病
- ④地震もしくは噴火又はこれらによる津波によって生じた傷害又は疾病
- ⑤被共済者の妊娠、出産、早産又は流産
- ⑥平常の生活に支障がない程度になおった時以降の期間の医療費
- ⑦事故の発生の日からその日を含めて180日を経過した後の期間の医療費

完治までに180日を超える場合は、完治を待たずに180日分のみを請求してください。

- ⑧感染症法に基づく感染症。(新型コロナウイルス感染症、インフルエンザなど)
ただし、感染経路が明確に判明した食中毒は除く。

※交通事故(自動車)によるケガは、健康保険を適用して治療した場合に限り、請求対象です。

※自転車の単独事故や自転車同士の衝突事故は、一般のけがとして保証対象になります。

※補償対象は変更になることがあります。最新の情報は事務局にご確認ください。



④ 賠償責任保険の請求

全国子ども会安全共済会では、誤って第三者にけがをさせてしまった場合や、備品等の物を壊してしまった場合にも補償を受けることができます。(審査あり)

- ①賠償責任保険を請求する場合は、
『子ども会賠償責任保険事故報告<第一報>B01』(記入例P.17 コピー用様式P.28)を早急に、市子連事務局までご提出ください。

※必ず現場の写真(修理前後)を撮影しておいて下さい。

※破損物品修理の領収書又は請求書(原本)、修理明細書(見積書)は全て控えておいてください。

- ②第一報を提出し保険会社の審査が通った場合、事務局から追加記入書類をお渡します。
追加書類とともに、現場の写真(修理前後)、破損物品修理の領収書又は請求書(原本)、修理明細書(見積書)をご提出いただきます。
全ての審査が終わり次第、事務局から連絡します。

⑤ その他共済金に関すること

【共済金の種類】

全国子ども会安全共済会には『医療共済金』の他に、『後遺障害共済金』、『死亡共済金』も含まれています。『後遺障害共済金』『死亡共済金』の請求を希望される場合は、市子連事務局にお問い合わせください。

※愛知県子ども会連絡協議会のホームページからも資料をダウンロードできます。

『医療共済金』・・・共済会加入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。

『後遺障害共済金』・・・共済会加入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。

『死亡共済金』・・・共済会加入者が子ども会活動中に傷害又は疾病を被り、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。

【補償の対象となる子ども会活動】

①子ども会の活動計画に基づき、1名以上の指導者(20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。

【共済金の支給額】

全国子ども会連合会から、直接請求者に送金されます。

医療共済金：健康保険等を適用した医療費総額の30%（支払限度額50万円）

後遺障害共済金：後遺障害の程度に応じて7万円～600万円

死亡共済金：600万円

【全国安全共済会以外の市内の補償制度】

豊川市には、『市民活動総合補償制度』があり、安全共済会の共済金以外にも補償金を申請することができる場合があります。

市民活動総合補償制度の申請をする場合は、**事故発生後30日以内**に事故報告等が必要です。

安全共済会とは手続きの方法・申請窓口が異なりますのでご注意ください。

市民活動総合補償制度 問合せ先：豊川市役所 市民協働国際課（電話：89-2165）

⑥ 安全共済会ネット加入のやり方

安全共済会では、インターネットで登録する方法もあります。

主な流れ

①全国子ども会連合会のネット加入ページより、「新規登録」をクリック。
<https://www.kodomo-kai.or.jp/kyousainet>

②メールアドレスを認証後、単位子ども会の情報を登録。
※「所属団体名」は「愛知県子ども会連絡協議会」
「契約者」は「豊川市子ども会連絡協議会」を選択してください。
※「学区・地区名」には「〇〇小学校区」を入力してください。

③登録完了後、ログインして加入者情報や年間行事などを登録。

④すべて入力終了後、全国子ども会連合会のホームページから、『06 共済掛金等報告書(ネット加入用)』をダウンロードする。
※この冊子の記入例 P. 18 を参照して、作成ください。

⑤『06 共済掛金等報告書(ネット加入用)』を市子連に提出。
※報告書が市子連に提出されないと、保険適応になりません。ご注意ください。
※年度当初の登録のみ、紙で提出ください。
追加加入など2回目以降は、メール提出可です。



ネット加入のメリット

- ・提出書類が少なくなる。
年度当初は、**共済掛金等報告書<共済様式>06**のみでOK！
(加入申込書<共済様式>03、
加入者名簿2<共済様式>04、
8年度<年間行事計画書><共済様式>05) が不要になります。
- ・年間行事計画の変更・追加は、ネット上で変更するだけでOK。市子連への報告・提出不要！
※加入者の追加は、共済掛金等報告書<共済様式>06の提出が必要です。
- ・一回登録した加入者名簿は、来年度も1歳プラスした状態で引き続き使用可能。



R5年度より安全共済会費の徴収がなくなり、市子連負担となったため、ネット加入がしやすくなりました。事務局からマニュアルをお渡しすることもできますので、お気軽にご相談ください。

くわしくは、全国子ども会連合会のホームページをご覧ください。



市区町村等子連 受付日	
----------------	--

<加入申込書>

(提出日) 令和 8 年 4 月 1 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 8 年度分として申し込みます。

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

該当に「○」表示を記入願います。

年度当初の提出は「新規」、
それ以降は「追加」に○

市区町村等子連	豊川市子ども会連絡協議会	
学区・地区	〇〇小学校区	
単位子ども会番号	【記入不要】	
(フリガナ) 単位子ども会	マルマルコードモカイ 〇〇子ども会	
(フリガナ) 代表者	単子会長の押印忘れずに！ (自署の場合は不要)	
連絡先	住所	〒 000-0000 豊川市〇〇町××(※単子会長の住所)
	電話番号	000-0000-0000
子ども会会長名	豊川 太郎	(小)・中 6 学年

1.加入者数

種 別	幼児	小学生	中学生	単子の子どもの会長の学年と名前を記入		
人 数	1 名	6 名	1 名	名	2 名	10 名
	(うちジュニアリーダー数)		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・事務員

2.共済掛金等

送金額(㊦)	1,200 円	送金(納金)予定日	【記入不要】
--------	---------	-----------	--------

㊦ 安全共済会掛金(共済会費)・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

合計人数×120円の金額を記入

No.	氏 名	種 別					学 年	3 歳以下	同 伴 保 護 者 氏 名	No.	氏 名	種 別	学 年	3 歳以下	同 伴 保 護 者 氏 名
		幼	小	中	高	育									
1	豊川 太郎		○				6								
2	豊川 桜子	○					0	9							
3	中部 太郎		○				5								
4	中部 次郎		○				4								
5	中部 三郎		○				2								
6	金屋 一郎		○				2								
7	赤坂 長子		○				5								
8	赤坂 長雄			○			1								
9	豊川 花子					○									
10	金屋 良子					○									

【幼児】は、
氏名、種別、
3歳以下の欄、保護者の加入名簿NO.を記入。
幼児は0歳から加入できますが、行事に参加
する際には、一緒に安全共済会に加入してい
る保護者の同伴が必要です。

【小学生】【中学生】【高校生】は、
氏名、種別、学年を記入。

【育成者】(大人)は、
氏名、種別を記入。

※記入誤りには二重線を引き、正しい内容を記入し直
してください。修正ペンや修正テープは使用禁止です。

※提出後に氏名間違いの申し出が多いです。提出前に
必ず見直しをお願いします。

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
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

<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 8 年 〇 月 × 日

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

年度当初の提出は4/1、それ以降は事務局への提出日

令和 8 年度〈年間行事計画書〉

新規	○
追加・変更	

年度当初の提出は「新規」、それ以降は「追加」に○

市区町村等子連	豊川市子ども会連絡協議会
単位子ども会	〇〇子ども会
単位子ども会番号	【記入不要】
担当者	豊川 花子※記入者の氏名
連絡先電話番号	000-0000-0000

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。

【行事・活動名】

行事・活動名	備考
ドッジボール大会	雨天時14日に順延
ラジオ体操	
お楽しみ会	
ドッジボール・ソフトボールの練習	
市子連行事への参加	
<p>..... 注意</p> <ul style="list-style-type: none"> この年間行事計画書に記載されている事業が、安全共済会の対象です。 子ども会事業は漏れなく全て記入してください。 (単子事業だけでなく、中学校区子ども会事業や市子連事業に参加する場合も記入。) (会議や練習など、定期的に行うものは〇〇の会議や〇〇の練習と記入。) 年間行事計画書はコピーをし、必ず控えをとっておいてください。 行事の追加や行事・活動名に修正があった際には、 とっておいた控えに何を追加・修正したか分かるように記入し、 市子連事務局までご提出ください。(メール・FAX可) その際にも、また新たに控えをとっておいてください。 1枚に書ききれない場合は、用紙をコピーして使ってください。 	

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8年1月
改訂

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

転入による変更の場合は、転入のあった単子が記入します。

(提出日) 令和 年 月 日

市区町村等子連	豊川市子ども会連絡協議会
単 位 子 ども 会	〇〇子ども会
単 位 子 ども 会 番 号	【記入不要】
担 当 者	豊川 花子
連絡先電話番号	000-0000-0000

変更する内容の番号に〇をつけてください。

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）

転入者	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
※記入不要		共済 太郎	男			月	※記入不要	豊川市子連	△△子ども会	※記入不要
※記入不要		共済 次郎	男			月	※記入不要	豊川市子連	△△子ども会	※記入不要
※記入不要		共済 花子	女			月	※記入不要	豊川市子連	△△子ども会	※記入不要
						月				

転出前に加入していた旧所属子ども会の情報を転入者に聞いて記入してください。

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

(フリガナ) 代表者	
連絡先	住所
	電話番号
変 更 日	

(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。

事故等が発生したら、まずは早急にこの事故第一報告書を
豊川市子連事務局に提出してください。(FAX: 0533-88-8038)

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)

当てはまるものに○をつけてください。

事務局への提出日

(提出日) 令和 8 年 △ 月 ○ 日

市区町村等子連
受付日

都道府県・指定都市
子連受付日

市区町村等子連	豊川市子ども会連絡協議会
代表者	会長 石川 周子
担当者	事務局
連絡先電話番号	0533-88-8035

※事故の詳細を伺う場合があります。状況のある程度把握されている方が報告してください。

事故内容

報告者	赤坂 赤吉	被共済者との関係	親権者	連絡先電話番号	000-0000-000		
事故日	令和 8 年 7 月 18 日 (土)	時刻	15:20	天候	晴れ		
学区・地区	〇〇小学校区	日付等、事故が起こった日の情報					
単位子ども会	〇〇子ども会	単位子ども会番号	【記入不要】				
被共済者	赤坂 赤子	ケガをした本人	男・女	12 歳	6	学年	
行事名	ソフトボール練習						
発生場所	〇〇小学校のグラウンド						

事故の状況(原因・処置・経過・傷害・疾病の状況)

例)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すべりこんだ。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みたが、なかなか痛みがひ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、経過観察で現在通院中。

具体的に分かりやすく記入してください。

保険が適用されるかの判断材料になります。記入漏れにご注意ください。

KYTの実施状況	例)毎年5月にKYT研修会を実施。当日も開始前に、事故防止の指導をした。						
----------	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--

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。

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	〇〇子ども会
単位子ども会番号	【記入不要】

都道府県	【記入不要】	事故
------	--------	----

※被共済者（今回ケガ等をされた方）が未成年の場合は、親権者をご請求者としてください。
 ※被共済者が成人の場合は、請求者本人を記入してください。
 ※両場合とも、被共済者の欄の記入漏れにはご注意ください。

付等子連	豊川市子ども会連絡協議会
金を請求します。	

ご請求者	住	豊川市〇〇	ご請求日	令和 8 年 × 月 〇 日
	氏名	赤坂 赤吉	住所	● 請求者住所に同じ 〒 - 同左
	連絡先	000 - 000 0000	氏名	赤坂 赤子 性別 女
	被共済者との続柄	本人、親権者	生年月日	H〇〇年 4月 16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)	
	2 診察明細書	1 枚	4 その他	
お振込先金融機関	とよかわ 銀行	信金・信組・農協・漁協・労金・()	ゆうちょ銀行	(数字3桁) 店
	バラ 支店	普通預金以外の場合()	口座番号	××××××
	口座名義(カタカナ)	アカサカ アカキチ	口座番号	
			口座名義(カタカナ)	

添付書類に〇。
1と2は必ず添付。また1は必ず枚数を書いてください。

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	大葉 花子	年齢	50 歳	子ども会の役職	〇〇子ども会会長
-------	-------	----	------	---------	----------

事故日	令和 8 年 7 月 18 日 (土)	時刻	15:20	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	〇〇小学校のグラウンド		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
行 事 名	ソフトボール練習	参加者数	20 名	安全共済会加入の保護者の同伴	有 無
天 候	晴れ	事故発生 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すべりこんだ。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みたが、なかなか痛みがひかないので翌日病院に行った。					

治療内容をできるだけ詳しく記入してください。診療機関が3ヶ所以上の場合、別の紙に同様の内容を記入し提出してください。

傷病名	右足首骨折	診療期間	7月23日 ~ 8月20日
診療機関名1	〇〇整形外科	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5回通院し8月20日に完治した。	
診療機関名2		診療期間	月 日 ~ 月 日
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。		

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 名簿 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 入金金確認

<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業務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(共済金の請求書等に提出することがあります)に提供いたします。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)は提供いたしません。

往復途中の事故の場合、地図も提出。
(自宅~活動場所の経路と、事故現場に印をつけて下さい。)

市区町村等子連 使用欄	受付日	担当者	使用欄	改訂
----------------	-----	-----	-----	----

個人情報の取扱いについての同意書

〇〇整形外科 御中

1枚の様式で3つまでの医療機関が
連記できます。

御中

事故発生日の記入漏れに注意

御中

私は、令和 8 年 7 月 18 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。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - レントゲンフィルムなどの検査資料

〈共済様式〉21医療共済金請求書のご請求
日と同じ日付を記入してください。

・ 同意日 令和 8 年 〇 月 〇 日

・ 住 所 愛知県豊川市〇〇町××

・ 氏 名 赤坂 赤吉 印

印漏れ注意

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

被共済者（ケガされた方）が未成年の場合、
被共済者の情報を記入してください。

住 所 愛知県豊川市〇〇町××

氏 名 赤坂 赤子

生年月日 (昭和・平成・令和) H〇〇年 4 月 16 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。

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)									
診療期間と報酬点数	<p>※保険医療点数が記載された医療費領収書または診療明細書がある場合は、この報告書の提出は不要です。</p> <p>※医療機関が記入します。</p> <p>※この報告書を作成するにあたり、文書料が発生した場合は、自己負担となりますのでご注意ください。（ただし、全国子ども会連合会から求められて医療報告書を作成した場合は、全国子ども会連合会の負担となります。）</p>									
	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										
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 ④						
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。

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
放
放
負

※整骨院・接骨院を受診した場合は、この柔道整復施術報告書を提出してください。

※整骨院・接骨院が記入します。

※文書料が発生した場合は自己負担となります。報告書を作成してもらう場合は、なるべく無料で作成してもらうようお願いしてください。

	母体料	円
<施術情報提供料>		円
<往療料>		円
<施術料等>	修復・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。

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

【B01】

報告日：令和 年 月 日

対人・対物
(いずれか〇)

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	〇〇子ども会
	代表者名	豊川 花子(単子会長名を記入)
	住所	豊川市〇〇町〇〇番地(単子会長の住所を記入)
	担当者	金屋 良子(事故の詳細を把握している提出者の氏名)
	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇(提出者の電話番号)
(共催者があれば共催者名)		

次のとおり事故報告します。

事故日時	令和 8 年 8 月 15 日 (土曜日) 午前 午後 11 時 50 分頃
事故場所	〇〇小学校グラウンド

<事故を起こされた方>

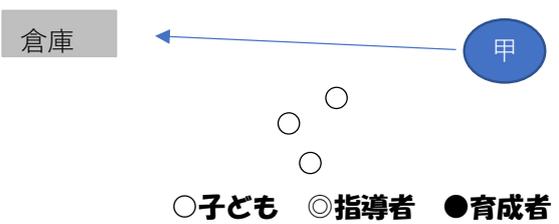
加害者 (甲)	所属子ども会名	主催子ども会と同じ		共催子ども会と同じ		
	住所	豊川市〇〇町△番地5				
	氏名	天王 次郎	男	女	10 才(他 名)	TEL xxx-0000-xxxx
	他の賠償責任保険加入有無	有/無	保険名称	(個人賠償)(たんぼぼを含む) (その他)()		
		会社名				

<ケガをした方(被害者)(学校等の場合は学校名及び校長名)>

ケガをした方	住所	豊川市〇〇町××		
	氏名	〇〇小学校 校長 愛知 育子	男・女 55 才	TEL xxx-0000-xxxx

<事故の状況>

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。	<行事名： ソフトボールの練習 >
	※事故現場の見取り図を記入してください。 甲と乙、指導者、育成者の位置も記入してください。	①〇〇大会に向けて〇〇子ども会で練習していた。 ②キャッチボールの最中、甲の投げたボールが大きく外れてしまった。 ③ボールが運動場にある倉庫のガラス窓にあたり、ガラスを破損させてしまった。 ④被害者に謝罪し、そのままでは危ないので、すぐ業者へ連絡し、新しいガラスに交換してもらった。



被害損害状況	対物	◎修理見積金額： 10,000 円	※修理見積金額、修理業者名と連絡先、破損物の購入年月日と購入金額を記入。 ※修理不可能な場合も、破損物の購入年月日と購入金額は必ず記入。 ※修理をする前後の写真を必ず撮り、保管しておいてください。 ※領収書を必ず保管しておいてください。
		◎修理業者名・連絡先： きらきらガラス工務店 xxx-0000-xxxx	
		◎修理不可能な場合：破損物の購入年月、及び購入額= R8 年 8 月 10,000 円	

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。金銭の請求・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

市区町村等子連名		※第一報告書を提出し、全子連より有責無責の判断が有り次第、事務局より請求書類等を郵送させていただきます。
(校区・学区がある場合) 校区・学区名		
県(指定都市)子連名		
担当者名		

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

	会員NO.	氏名	変更・訂正内容
変更・訂正 する 加入者			

4. 代表者変更

(新)

(旧)

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 —
	電話番号	
変更日		

(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。

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	豊川市子ども会連絡協議会
代表者	会長 鈴木 有里子
担当者	事務局
連絡先電話番号	0533-88-8035

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	【記入不要】		
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		事故 証明印 ㊟	単 位 子 ども 会	
代表者			単 位 子 ども 会 番 号	
			↓	
			市 区 町 村 等 子 連 豊 川 市 子 ども 会 連 絡 協 議 会	

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	2 個人情報の取扱いについての同意書	3 医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)	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 _____ □座名義(カタカナ)			ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁) 店 □座番号 _____ □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	_____			有 無	_____
天 候	_____	参 加 者 数	_____ 名		
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	往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合)			
	名簿	掛入金確認			

<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。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - 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 ㊞

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

医療報告書

氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
受傷発症日	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						
		_____日間		_____日間				
	月	_____点	月	_____点				
	月	_____点	月	_____点				
	月	_____点	月	_____点				
	月	_____点	月	_____点				
月	_____点	月	_____点					
月	_____点	月	_____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。

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

【B01】

報告日：令和 年 月 日

对人・対物
(いずれか〇)

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	
	代表者名	
	住所	
	担当者	
	連絡先	
(共催者があれば共催者名)		

次のとおり事故報告します。

事故日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
事故場所			

<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				
	氏名	男・女	才(他名)	TEL	
	他の賠償責任保険加入有無	有/無	保険名称	個人賠償(たんぼぼを含む)	その他()
		会社名			

<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及び校長名)>

被害者 (乙)	住所				
	氏名	男・女	才	TEL	

<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:>		
	事故の状況図・見取り図				
被害者 損害状況	対物	◎修理見積金額：	円	対人	◎ケガの部位：
		◎修理者名・連絡先：			◎治療状況：
	◎修理不可能な場合：破損物の購入年月、及び購入額＝	年 月 円	◎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	
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	
県(指定都市)子連名	
担当者名	

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
—	