

堺市こども会育成協議会 共済金申請の手引き

2025年度

堺市こども会育成協議会

目次

- 1 大阪府こども会安全共済会・全国子ども会安全共済会、
賠償責任保険の申請手続きについて・・・・・・・・・・ 1頁～13頁

安全共済会Q&A集・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14頁～16頁
- 2 堺市こども会事故対策会特別見舞金制度について・・・・ 17頁～19頁

個人情報の取扱いについて

- 1 個人情報を含む書類は、必要最小限の役員が所持するようにお願いします。
- 2 個人情報を含んだ機器、記憶媒体、紙資料などは、必要な場合以外は、自宅等から原則持ち出さないようお願いします。
- 3 個人情報を含んだ書類等については、業務終了後、第三者への漏えいに注意し、細かく破くなど安全な方法で速やかに廃棄するようお願いします。
- 4 個人情報を含む書類を紛失したと思われる場合は、堺市こども会育成協議会事務局へ速やかに報告し、その後の指示に従っていただくようお願いします。

1 大阪府子ども会安全共済会・全国子ども会安全共済会、賠償責任保険の申請手続き等について

1. 制度のあらまし

子ども会活動中に起こった事故で、ケガなどをして、病院に通院や入院した場合に、大阪府子ども会育成連合会（以下、「府こ連」と省略）共済金、全国子ども会連合会（以下、「全子連」と省略）共済金を申請することができます。

また、子ども会活動中に、誤って校舎の窓ガラスを割るなど物を壊した時に、かかった修理代等を補てんする賠償責任保険を申請できます。

2-1. 安全共済会共済金の申請方法

【重要】2021年度からの変更点（府こ連安全共済金のみ）

事故発生日から13日以内に初診を行った場合は、支払対象として、治療日数は事故発生日より起算します。

14日目以降に初診となった場合は、お支払いの対象外となります。

(1) 事故第一報報告（5頁記載例参照）

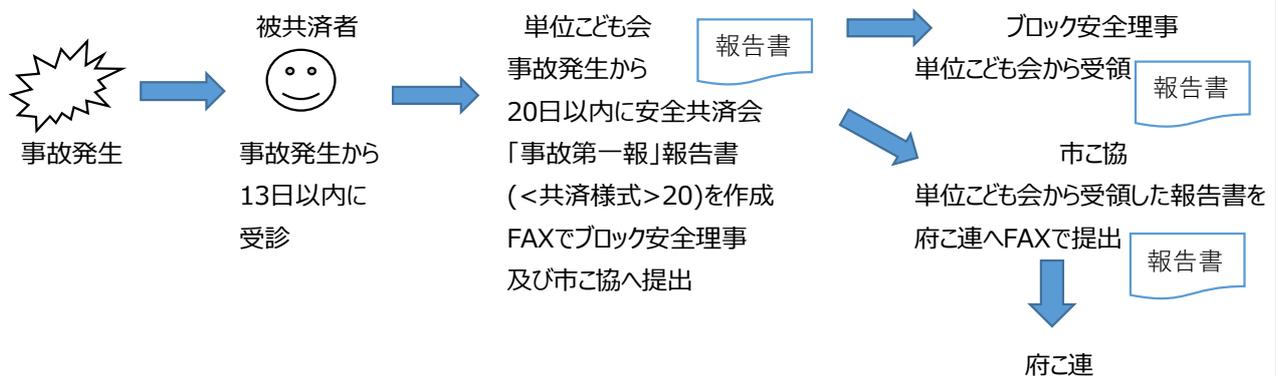
単位子ども会は、安全共済会事故第一報報告書（＜共済様式＞20）に事故状況等必要事項を記入し、事故発生日から20日以内にブロック安全理事と市こ協へFAXで通知してください。

*事故発生状況は、応急処置の内容を必ず記載し、具体的に記入するようにしてください。

【事故発生状況記入例】

キャッチボール練習中、コーチが投げたボールを捕球した時、グローブに沿えた右手小指をボールが直撃、右手小指が大きく腫れた。冷水タオルで患部を冷やし、直ちに〇〇病院に指導者とともに向い、並行して保護者に連絡、治療を受けた。

【事故第一報告の流れ】



(2) 申請書類の提出（4頁共済金申請時に必要な書類参照、以降記入例あり）

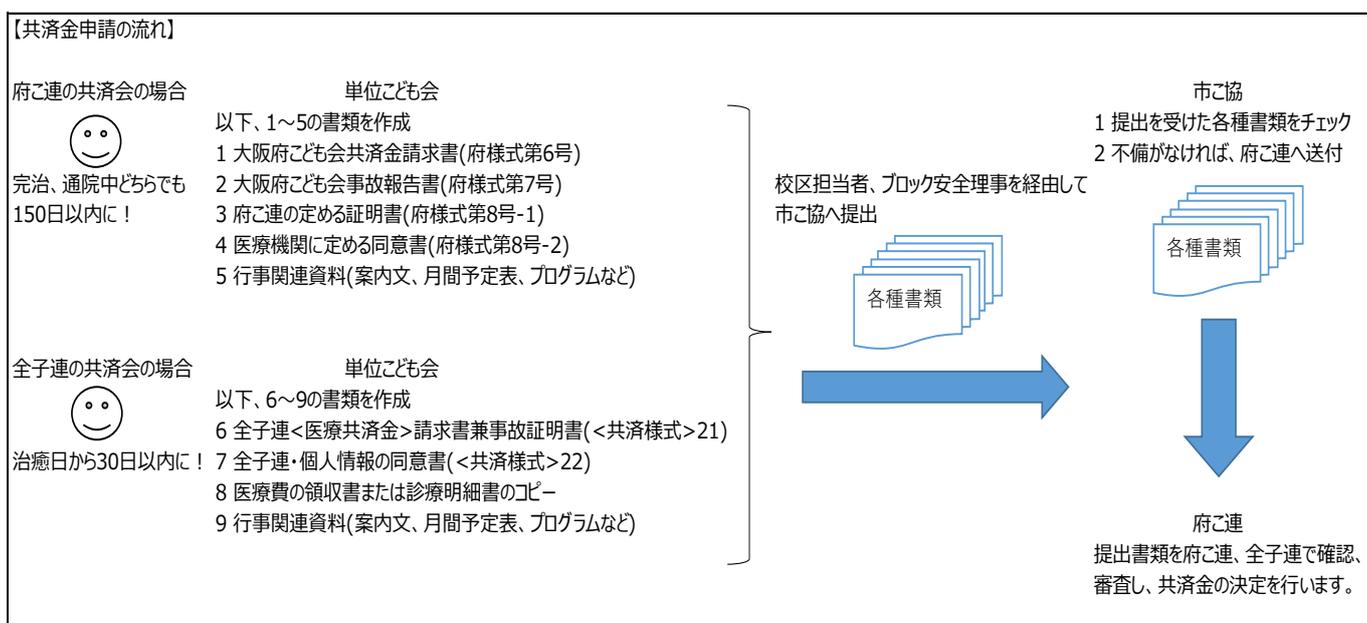
① 単位子ども会は、大阪府子ども会事故報告書（府様式第7号）（7頁参照）を事故発生日（その日を含む）より150日以内に、校区担当者、ブロック安全理事を経由して、市こ協へ提出してください。全国子ども会安全共済会〈医療共済金〉請求書兼事故証明書

(共済様式)21(10頁参照)は、完治後30日以内に市こ協へ提出してください。

- ② 原則として、府こ連共済会分及び全子連共済会分を同時に提出してください。ただし、事故日から71日経過しても治療中の場合は、まず府こ連共済会分を先行して提出してください。治癒した後で、全子連共済会分を提出してください。
- ③ 申請書類の控を必ず校区で1部保管してください。(内容を照会することがあります。)
- ④ 行事の実施が確認できる書類が必要となるため、周知案内や月間予定表を保管しておいてください。LINE等での周知メッセージも対象となります。(所属単位こども会名、実施日時、実施内容の記載があること。)

(3) 注意事項

- ① 府こ連共済会は、2回以上通院し、かつ治療日数が5日以上を要した場合に対象となります。なお、事故発生日から13日以内に初診を行った場合、治療日数は事故発生日より起算します。
- ② 全子連共済会は、1日でも通院すれば請求可能です。
- ③ 2024年度から、オスグッド病以外の成長痛が申請の対象となりました。オスグッド病・野球肘・疲労骨折等は、申請対象外です。
- ④ 2024年度から、感染症はこども会活動中に感染したことを特定することが困難なため、申請対象外となりました。
- ⑤ 交通事故等、他の補償の責任機関がある場合は、申請対象外です。
- ⑥ 申請書の未記入や記入ミスが頻繁にあり、返送等事務処理の負担となっています。5～11頁の記入例を十分確認して、ご記入ください。
- ⑦ 事故発生日から13日以内に受診されない場合、府こ連共済会は申請対象外です。全子連共済会は申請対象です。



2-2. 安全共済会共済金の給付

(1) 共済金の給付

- ① 共済金は、書類に不備がなければ、申請から4ヶ月程度で被共済者へ給付となります。

- ② 共済金は、府こ連分及び全子連分ともに、それぞれ被共済者（保護者）の口座へ振込みされます。
- ③ 決定通知は、府こ連分及び全子連分ともに、それぞれ被共済者（保護者）へ郵送で送付されます。
- ④ 対象外（不給付）の場合は、理由を添えて通知します。

3-1. 賠償責任保険の申請方法

(1) 事故報告《第一報》（12頁参照）

単位こども会は、こども会賠償責任保険事故報告《第一報》に事故状況等必要事項を記入し、事故発生日から20日以内にブロック安全理事と市こ協へFAXしてください。

事故発生状況記入例

〇〇チームのソフトボールのバッティング練習中、ホームランボールが、校舎3階窓ガラスを直撃し、窓ガラスが割れました。現場の写真を撮影し、段ボールとガムテープでふさぐ応急処置を行い、学校長に報告しました。

*保険請求の際に必要となりますので、必ず事故現場の写真（事故が起きた時の状況及び修繕を行った前後等）を撮影しておいてください。

(2) 申請書類の提出

- ① 保険会社から、市こ協を通じて、加害者の所属するこども会の代表者宛に申請書類一式を郵送します。
- ② 必要事項を記入・押印のうえ、校区安全担当者、ブロック安全理事を経由して、市こ協に速やかに書類を提出してください。
- ③ 被害物件等の修理の請求書や領収書の名義は、必ず「加害者の所属するこども会名」にしてください。略称などは使わず、必ず正式名称を記入してください。
- ④ 申請書類の控を必ず校区で1部保管してください。（内容を照会することがあります。）

(3) 注意事項

- ① 行事の往復途上中の事故は、主催者（指導者・育成者）の管理下にならないため、賠償責任保険の対象になりません。
- ② 他の保険にも加入している場合、こども会と他の保険をあわせても、支払われる保険金が損害賠償額を超えることはできません。
- ③ 申請書の記入ミスが頻繁にあり、返送等事務処理の負担となっています。保険会社から市こ協を通じてお渡しする記載要領を十分確認して、ご記入ください。

3-2. 賠償責任保険の給付

(1) 賠償責任保険の給付

- ① 賠償責任保険は、書類に不備がなければ、申請から2ヶ月程度で給付となります。決定通知は、保険会社から郵送で送付されます。
- ② 対象外（不給付）の場合は、理由を添えて通知します。

共済金申請時に必要な書類

「事故第一報」報告書(共済様式)20)で、事故日から20日以内に報告。
(市こ協事務局と各ブロックの安全対策理事へ、FAXしてください。)

- (注①) 提出している年間行事計画書に記載があるか確認して下さい。
(注②) 事故日発生より13日以内に初診を行っているか確認して下さい。

申請しない

事故報告はしたが、共済金申請をしない場合は、「連絡票(市こ協様式第2号)」に必要事項を記入し、市こ協事務局と各ブロックの安全対策理事へFAXしてください。

申請する

- ※ 治療日数が、5日未満の場合
全国子ども会安全共済会の共済金申請手続き
※ 治療日数が、5日以上かつ2回以上通院の場合
大阪府子ども会安全共済会・全国子ども会安全共済会の共済金申請手続き

区分	整理番号	書類名	作成者
大阪府子ども会安全共済会共済金申請関係	1	大阪府子ども会共済金請求書(兼委任状)(府様式第6号) (事故日を含め150日以内に請求) 治癒後、又は事故日から71日以上経過しても治療中の場合は、書類提出対象外=①5日未満で治癒 ②オスグッド病・野球肘・疲労骨折・感染症等 ③事故発生日より14日以降に初診を行った場合など	請求者
	2	大阪府子ども会事故報告書(府様式第7号)	単位子ども会会長 (会長印が必要)
	3	府こ連の定める証明書(府様式第8号-1) (証明書代として一律3,000円支給されます) (医療機関が被共済者の治療経緯を記入) (複数の医療機関を利用した場合は、最後の医療機関だけでOK)	医療機関
	4	医療機関に対する同意書(府様式第8号-2) (受診した医療機関分すべて必要、1枚で3つの医療機関まで記入可)	請求者
	5	その他(行事関連資料) 事故日が確認できる書類(配布された案内文・月間予定表・プログラムなど) ⑩被共済者の所属校区・単位名の記載を忘れずに ⑪A4サイズでコピーする	単位子ども会会長

全国子ども会安全共済会共済金申請関係	6	全子連<医療共済金>請求書兼事故証明書(共済様式)21) (治癒日から30日以内に請求) 対象外=①医療総点数が333点以下 ②オスグッド病・野球肘・疲労骨折・感染症等	請求者
	7	個人情報の取扱いについての同意書(共済様式)22) (受診した医療機関分すべて必要、1枚で3つの医療機関まで記入可)	請求者
	8	医療費の領収書または診療明細書のコピー(支払いが0円でも必要) (レシートなどは不可で、医療報告書や柔道整復施術報告書が必要) ⑫コピーは必ず1枚ずつA4サイズでとって下さい	請求者
	9	その他(行事関連資料) 事故日が確認できる書類(配布された案内文・月間予定表・プログラムなど) ⑩被共済者の所属校区・単位名の記載を忘れずに ⑪A4サイズでコピーする	単位子ども会会長

※ 訂正する場合は、二重線を引いて認印(シャチハタ、訂正印不可)にて押印し、周辺に正しく記入してください。
書類で記入ミスがあった場合は、修正テープ等は使用しないでください。

- 大阪府子ども会
 全国子ども会

該当する共済会の□内に○印を記入してください。

安全共済会「事故第一報」報告書

(死亡・後遺障害・医療)

該当するものに○印を記入してください。

市区町村等子連
受付日

市こ協事務局で
記入します。

(提出日) 令和 7 年 月 日

都道府県・指定都市
子連受付日

府こ連で記入します。

市区町村等子連	堺市子ども会育成協議会
代表者	飛石 隆男
担当者	〇〇 〇〇
連絡先電話番号	072-228-7920

市こ協事務局で
記入します。

事故内容

報告者	東 光子	被共済者との関係	所属子ども会会長	連絡先電話番号	000-0000-0000	
事故日	令和 7 年 5 月 24 日 (土)		時刻	10:45	天候	晴れ
学区・地区	〇〇小学校校区					
単位子ども会	〇〇子ども会	単位子ども会番号	27031 〇〇〇〇			
被共済者	三波 茂男	被共済者番号	〇〇〇〇〇	男・女	10	小学4年生 学年
行事名	ソフトボールの練習					
発生場所	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での練習中、ヒットを打ってファーストベースからセカンドベースへ滑り込んだ。 その際、右足がセカンドベースに当たり、激痛が走った。 すぐにアイシングを行い、しばらく様子を見ていたが、なかなか痛みが収まらないため、近所の救急病院へ行き、レントゲン検査の結果、右足首の骨折と判明した。 現在、通院中。(年間行事予定表：△△△△参照)						
★どのような状況で事故が発生したのか、出来るだけ詳しく記入願います。 (応急処置の方法も必ず記入してください) ★ブロックや校区の行事で事故が発生した場合は、その単位番号(4ケタ)を 余白に記入してください。						
大阪府子ども会安全共済会加入日:		令和 年 月 日		全国子ども会安全共済会加入日:		
KYTの実施状況		毎年5月に校区合同で安全啓発に関する講習会を開催している。				
都道府県・指定都市子連確認欄	加入者名簿	記 入 不 要				

ネット加入のID
(5ケタ)を記入

堺市の番号(27031)と
単位子ども会の番号(4ケタ)を記入

市こ協事務局で
記入します。

<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。

(一財)大阪府子ども会育成連合会 様

提出日を記入

大阪府子ども会共済金請求書

事故発生日を記入

市町村子ども会連合組織名 堺市子ども会育成協議会 印

市町村子ども会連合組織会長名 飛石 隆男

2025年5月24日に発生した子ども会活動中の事故(傷病、後遺障害、死亡)について、
大阪府子ども会安全共済会規程に基づき、いずれかに○を 請求します。

ご請求者	ふりがな	みなみ あきお		被共済者との続柄	本人・ <u>親権者</u> ・その他()
	氏名	三波 秋男			
	住所	〒0000-0000 堺市00区△△町1-2-3			
被共済者	単位子ども会名	00校区00子ども会			
	ふりがな	みなみ しげお		生年月日	0000年4月10日
	氏名	三波 茂男			
	住所	〒 同上		○ 歳	男・女
	連絡先	同上()		学年	小0年
添付書類	○印で囲む	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等	7	被共済者の戸籍謄本(死亡時)
		④	その他書類(練習日のお知らせ等)	8	同意書(死亡時)
振込先	ゆうちょ銀行	00	<u>銀行</u> 信用金庫・信用組	事故日に活動していたことの確認が取れる書類を必ず添付してください。	
	以外の金融機関	00	支店 普通預金		
		口座番号	00000000		
	ゆうちょ銀行	記帳記号		フリガナ	
		通帳番号			
委任状	代表者名				
	所在地				
		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。 年 月 日 被共済者(本人または保護者等)住所 _____ 被共済者(本人または保護者等)氏名 _____ 印			

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で構いません。

○印で囲む

事故日に活動していたことの確認が取れる書類を必ず添付してください。

ご請求者様名義の口座を記入してください。通帳のコピーの添付は不要です。

<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、一般財団法人大阪府子ども会育成連合会が共済金受領の審査、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

※

※単位・個人番号

※全子連加入

2025	安	27031	0001-2	<input type="checkbox"/> 有・無
------	---	-------	--------	------------------------------

※印は、市町村こ連が記入して下さい

大阪府こども会事故報告書

単位こども会名		○○校区○○こども会				正式名称を記載	
被共済者	氏名・ふりがな (生年月日)	みなみ しげお 三波 茂男		男/学年 小○年 ○歳 ○○○○年 4月10日生			
	住所	〒○○○-○○○○ 堺市○○区○○町1-2-3		TEL○○○-○○○○-○○○○			
	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
当日の管理者	氏名	酒井 次郎		性別	男/女	年齢	35歳
	育成会での役職	単位こども会副会長					
事故発生 の 状況	行事名	ソフトボール練習		何の行事かハッキリわかるように			
	発生の日時	2025年 5月 24日 (土) 午前/午後 10時45分					
	発生の場所	○○小学校運動場					
治療 の 経過 と 状況	(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。 ソフトボールの試合形式での練習中、ヒットを打ってファーストベースからセカンドベースへ滑り込んだ。その際、右足がセカンドベースに当たり、激痛が走った。						
	(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。 すぐにアイシングを行い、近所の○○救急病院に指導者とともに向い、並行して保護者に連絡、治療を受けた。右足首の骨折と診断され、計10回通院、8/10診察時治癒と判断された。						

上記のとおり報告します。

2025年8月13日

単位こども会会長 住所 堺市○○区○○町1-1-10

作成日を記入。※事故の発生の日からその日を含めて150日以内に、市こ協に提出してください。

名 見原 美智子

印

<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が共済引受の審査、本共済契約の履行のため、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。

印を忘れずに

証明書

(大阪府子ども会安全共済会)

太枠のみ記入可

傷病者	ふりがな 氏名	みなみ しげお		◎男・女
	住所	〒0000-0000 堺市〇〇区〇〇町 1-2-3		
傷病名				
●傷病・後遺障害の状況、また転院されている経緯なども含めて、詳しくご記入下さい。				
転院された経緯や、固定期間等が不明な場合、医療機関に問合せが必要なため、 同意書 （府様式第8号-2、9頁参照）も併せて提出してください。				
●固定具等使用の場合は必ずご記入下さい。				
(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		※治癒日	
通院年 月 日～.....年 月 日 通院実日数 (.....日間)	年 月 日	
入院年 月 日～.....年 月 日 (.....日間)			

(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・加筆された場合には、申請は無効といたします。

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

◎

※治癒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、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。

3ヵ所の医療機関を記入できません。医師の紹介等で4ヵ所受診している場合は同意書を2枚ご記入ください。

医療機関に対する同意書

(同意日) 2025年 8月 13日

堺救急センター 御中
〇〇整形外科クリニック 御中
△整骨院 御中

事故日を記入

私は、**2025年5月24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こ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 堺市〇〇区〇〇町1-2-3

氏 名 三波 茂男 印

[〇〇〇〇年 4月 10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。

必ず押印

(ご請求者) 住 所 同上

氏 名 三波 秋男 印

*患者(被共済者)様との関係 [親権者]・配偶者・その他()]

記

事故者が未成年の場合に記入

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. **医療機関によっては“当院宛名のみ記載された原本の郵送”を求められる場合があります。その場合は必要に応じて再度ご提出をお願いします。**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こ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。

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	一般財団法人	堺市の番号(27031)と 単位子ども会の番号(4ケタ)を記入	子ども会	〇〇子ども会
指定都市子連	大阪府子ども会育成連合会		会番号	27031 〇〇〇〇
代表者	理事長 佐古 員規	証明印	市区町村等子連	堺市子ども会育成協議会

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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 堺市〇〇区〇〇町1-2-3	ご請求日	令和 7 年 8 月 13 日	
	氏名	三波 秋男	被共済者	住所	〇 請求者住所と同じ
	連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		氏名	三波 茂男 性別 男
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()		生年月日	平成〇〇年 4 月 10 日 〇 歳 小 学 年
添付書類	① 医療費領収書(写)	5 枚	3	医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)	
	② 個人情報取扱いの同意書	1 枚	4	その他	
お振込先金融機関	〇〇 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・()		ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店		
	〇〇 支店	普通預金以外の場合() □座番号 〇〇〇〇〇〇〇	□座番号		
	□座名義(カタカナ)	ミナミ アキオ	□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	酒井 次郎	年齢	35 歳	子ども会の役職	〇〇子ども会 副会長
事故日	令和 7 年 5 月 24 日 (土)	時刻	10:45	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	〇〇小学校運動場		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	ソフトボール練習		参加者数	20 名	
天候	晴れ				
事故の発生状況	ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ち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、激痛が走った。すぐにアイシングを行い、しばらく様子を見ていたが、なかなか痛みが収まらないため、近所の救急病院へ行った。				
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	右足首骨折	通院開始日	通院終了日
		診療機関名1	〇〇病院	診療期間	5 月 24 日 ~ 8 月 10 日
		治療の経過と状況	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10回通院し、8月10日に完治した。		
診療機関名2		どのような状況で事故が発生したのか できるだけ詳細に記入願います。			
※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				
活動分類	スポーツ(サッカー) / フットボール / アスレチック / 運動会・キッズ / 社会奉仕活動				
都道府県・指定都市子連 確認欄(確認済は〇)		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	受付日	担当者	市こ協が記入します。
指	受付日	請求完了日	府こ連が記入します。
			令和5年1月 改訂

個人情報の取扱いについての同意書

〇〇病院 御中
御中
御中

医師の紹介等で4ヶ所の医療機関を受診されている場合は、2枚にわたってご記入ください。

事故日を記入してください。

私は、令和 7 年 5 月 24 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」は本用紙を記入した日付を記入してください。

・ 同意日 令和 7 年 8 月 13 日

・ 住 所 堺市〇〇区〇〇町1-2-3

・ 氏 名 三波 秋男

患者（被共済者）様との関係 [本人・配偶者 親権者・法定 その他（ ）]

ケガ（病気）をされた方が18歳未満の場合は、

病院等へ照会する場合に必要な書類ですので、自署の場合でも必ず押印願います。

（注）同意された方が患者（被共済者）様ご本人の場合

患者（被共済者）様の

住 所 堺市〇〇区〇〇町1-2-3

氏 名 三波 茂雄

生年月日 (昭和 平成 令和) 〇〇 年 4 月 10 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

こども会賠償責任保険事故報告《第一報》

単位こども会番号 〇〇〇〇	被共済者番号 〇〇〇〇〇
------------------	-----------------

報告日：2025年10月18日

主催者 (事故の責任が求められるこども会)	団体名	〇〇校区〇〇こども会	
	代表者名	東光子	全子連加入 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	住所	堺市〇〇区〇〇町1-43	
	担当者	同上	
	連絡先	999-99	〇〇町自治会

加害者の番号を記入

主催者欄は必ず加害者が所属しているこども会の情報を記入してください。

次のとおり事故報告します。

事故日時	2025年10月12日(日曜日)午前・午後 2時20分頃
事故場所	〇〇小学校運動場

<事故を起こされた方>

加害者 (甲)	所属こども会名	〇〇校区〇〇こども会		
	住所	堺市〇〇区〇〇町1-54		
	氏名	喜多達也	男・女 11才(他名)	TEL
	他の賠償責任保険加入有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険名称	個人賠償(たんぼぼを含む) その他()

個人でかけている賠償保険

た方(被害者)(学校等の場合は学校名及び校長名) >

住所	堺市〇〇区〇〇町1-1 〇〇小学校		
氏名	校長 本間 佳子	男・女 54才	TEL XXX-XXXX

<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 > ①ソフトボールのバッティング練習中、 ②甲の打ったホームランボールが、 ③校舎3階を直撃し、窓ガラスを破損、 ④すぐに段ボールとガムテープで応急処置、乙(学校長)に電話をいれました。
	事故の状況図・見取り図 <p>見取り図が書ききれない場合は、「別紙のとおり」と記入して、別紙を添付してください。(14頁参照)</p>	

被害損害	対物	◎修理見積金額： 10,000円 ◎修理者名・連絡先： あさひ硝子	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：
------	----	--------------------------------------	----	--

業者の見積書や請求書等は全て、加害者の属するこども会名義としてください(例: 〇〇校区〇〇こども会)

重要な範囲内で、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(政令市)子連 等記入欄

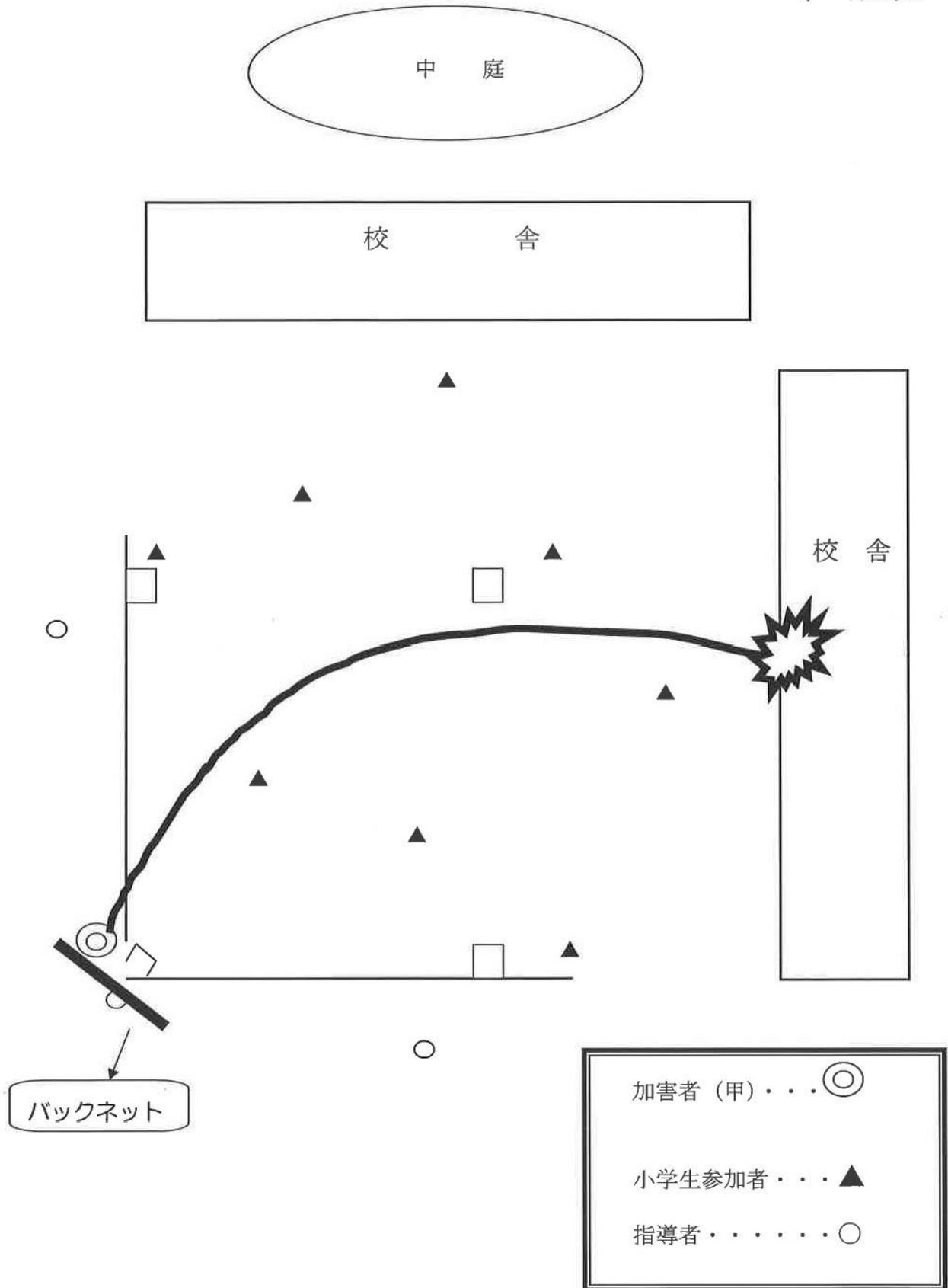
市区町村子連名	堺市こども会育成協議会
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	
県(政令市)子連名	一般財団法人大阪府こども会育成連合会
担当者名	●●●●

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
記入しないでください	

【見取り図の記入例】

(別紙)



安全共済会Q & A集

堺市こども会育成協議会

(行事の人数)

Q1: こども2名、大人2名といった少ない人数でも、こども会行事であれば安全共済会の適用対象になりますか？

A1: 対象になります。人数の制約はありません。

(年間行事計画)

Q2: 9月上旬に予定していた行事が、9月下旬になりました。また、予定していた会場も、都合で運動場から体育館に代わりました。年間行事予定表の変更は必要ですか？

A2: 前日までに、実施日や会場等について、変更してください。なお、変更されていない場合であっても、共済金が支払われるケースもありますので、事務局までご相談ください。

また、事故発生の時に備えて、関連資料(プログラム等)は、必ず保管しておいてください。

Q3: 年間行事予定表には、「お楽しみ会」と記入していましたが、実際の事故が起こった行事名は「お別れ会」でした。請求できますか？

A3: 請求できます。当日行われた行事のプログラム、お知らせ案内文、回覧文書など、こども会活動が行われたことが確認できる参考資料を添付してください。

なお、前の年度の実績などもふまえて、行事名は可能な限り正確なもので入力していただくようお願いします。

「レクリエーション大会」等の行事内容が不明瞭なものは認められません。

(適用範囲: 傷害編)

Q4: こども会活動に参加するために、自宅を出て、段差を踏み外し転倒、ケガをした。安全共済会の対象になりますか。

A4: 対象になります。マンション(集合住宅)の場合は専用部分の出入口『玄関』を出てから、一戸建は敷地と道路の境界から、活動の集会所までの通常経路の往復途上は対象になります。

Q5: こども会の「もちつき大会」で食中毒が発生した場合、安全共済会は対象になりますか？

A5: ケースにより対象となりえます。次の3点が認定された場合に対象となります。①保健所が認定した集団食中毒であること(1・2人だとたまたまお腹の調子が悪かっただけかもという疑義が生じるため)。②ほかの補償責任機関がないこと(もともと傷んだ商品であれば購入した商店等に責任を求めることになるため)。③こども会活動との因果関係がはっきりしていること(夏のキャンプでの食中毒で給付の事例有り)。

Q6: 遠足のバスの保険は、安全共済会と別に入らないといけませんか？

A6: 全子連の安全共済会は、令和5年度より、交通事故によるケガも、健康保険を適用して治療した場合に限り、適用されることになりました。

府こ連の安全共済会は、交通事故など、乗車中の事故は適用されません。従って、旅行会社の保険等をおすすめします。

Q7: 試合会場などに子どもを連れて行くのに、単位こども会役員の自家用車に乗合で行くことがあります。もしも事故が起こった時に、共済

の対象になりますか？

A7：A6と同様、全子連の安全共済会は、交通事故によるケガも、健康保険を適用して治療した場合に限り、共済の対象になります。

府こ連の安全共済会は、交通事故は共済の対象になりません。

Q8：「野球肘」と医療機関で診断されました。共済金は支給されますか？

A8：支給されません。共済金はこども会活動を直接の原因として生じた事故に対してお支払いします。野球肘、疲労骨折、オスグッド病、感染症等、こども会活動との因果関係が不明な自覚症状は対象外となります。

(適用範囲：賠償編)

Q9：学校から借りたデジタイマーを、試合中の不注意で壊してしまいました。賠償の対象になりますか。

A9：2018年4月1日の契約分より、対象になりました。

Q10：Aチーム、Bチームともにこども会に加盟している同士でソフトボールの練習試合を行いました。Aチームの選手が打ったファウルボールが会場（地域のグラウンド）横のだんじり小屋の室外機を破損。賠償責任は誰が負うべきですか？また、どちらかのチームが共済に加入していない場合でも保険金は支払われますか？

A10：安全共済会としては、「直接の原因を作った主催団体や指導者等」を賠償責任を負担するものとしていますので、この場合は、バッター側のチーム(A チーム)が賠償責任を負担することとなります。従って、バッター側のチーム(A チーム)が共済に加入していれば、保険金は

限度額の範囲内で支払われます。

逆に、バッター側のチーム(A チーム)が共済に加入していない場合は、当然カバーされません。

Q11：ソフトボールの試合（守備）中に打球が当たって、メガネが壊れました。賠償の対象になりますか？

A11：対象になりません。ソフトボールに限らず、また試合中・練習中に限らず、正当な競技規則に従った行為では、損害賠償そのものが発生しません。メガネ以外の他の財物、相手のケガも同様です。

また、観客についても、競技参加者とみなされ、損害賠償が発生しません。

なお、スポーツ競技中以外の場合は、事故の状況により対象か否かを確認することになります。

(請求書の様式等)

Q12：府こ連様式の『医師の証明書』以外の『診断書』は無効ですか？医療機関の様式だと証明書を出してくれるのが早いのですが。

A12：共済金の請求はあくまでも所定の様式で行うように規定されています。医療機関の都合で書類を変更することは認められません。

Q13：医師に証明書を書いてもらったところ、文書料が発生しました。領収書をつければ、共済金の対象となりますか？

A13：府こ連の共済金の給付額には、一律3,000円で文書料が含まれています。

Q14：医療機関に5日通院しました。2日分は領収書をもらいましたが、3回目以降、「子ども医療制度」で窓口負担が0円だったので領収

書が出ませんでした。どうすればいいですか？

A14：窓口負担が無い場合、領収書を発行してくれないケースがありますが、診療行為があれば診療点数は発生しています。

(1)「●月●日分の診療点数明細書を発行してください」とあらかじめ電話で依頼して、医療機関に行けば、基本的に無料で発行してもらえます。

(2)「医療報告書<共済様式>23」で、証明してもらおう方法もあります。ただし、文書料(3000円～5000円)を請求される可能性があります。

(整骨院受診時の注意)

Q15：ポートボール試合中に捻挫。A 整形外科で初診、その後、家の近所のB 整骨院に転医し、リハビリ後、治癒しました。証明書(府様式第8号-1)は、どの医療機関で発行してもらえば良いですか？

A15：証明書の考え方は、以下のとおりです。

(1)複数の医療機関等にかかった場合、「治癒した医療機関で発行してもらう」。

(2)骨折・脱臼・靭帯損傷の場合、整骨院にはレントゲン設備がないので、病院(整形外科)の証明が必要。

(共済の請求時期など)

Q16：治療期間が長引く場合、府こ連及び全子連の共済金請求の時期は？

A16：府こ連共済金は、見舞金という性格があり、日数に応じて給付額が増えますが、70日が上限となります。全子連共済金は、『事故日を含め、180日までの医療費が対象』となります。

したがって、70日を超える長期の治療の場合は、①治療期間が70日を超えたら、まず府こ連分を請求し、②完治、あるいは180日のとこ

ろで、全子連分を請求することをお勧めします。

(後遺障害)

Q17：ソフトボールで目を怪我しました。3カ月通院し、治癒証明が出ましたが、「後遺障害が残る可能性あり」と言われました。さらに3カ月後受診し、「後遺症の症状あり」と言われました。傷害分の共済金はすでに給付されていますが、後遺障害の共済金を請求できますか？

A17：治癒後、半年以上で症状固定(後遺障害)の診断が有効になります。①府こ連の請求書、医療機関の様式の診断書、②全子連請求書、全子連の様式の診断書、障害の等級表を添付して請求できます。

ただし、証明書代は自己負担です。傷害と同様の審査があり、必ず給付されるとは限りません。

レクリエーション保険について

堺市こども会育成協議会では、「安全共済会」で対象外となる「正式な加入前の入会予定者の事故」を救済する目的で、市こ協一括のレクリエーション保険に加入しています。この契約により、体験会に参加の未加入者にも少額の保険がかかっていることとなります。

体験会は安全に十分配慮して実施してください。それでも、万が一怪我が発生した場合は、この保険が適用できるか確認を致しますので、安全理事までご連絡ください。

2 堺市こども会事故対策会特別見舞金制度について

堺市こども会の活動中に、死亡や後遺障害を伴う重大事故が発生した時、安全共済会とは別に、市こ協独自に、特別見舞金を給付する制度です。

手続きは、安全共済会での提出書類の写しを使って審査・決定します。

堺市こども会事故対策会事業規定

1. 目的 この規定は堺市こども会育成協議会（以下「市こ協」という）を構成するこども会育成者・指導者及びこども会員（以下「会員」という）が、こども会活動中に、発生した急激かつ偶然な外来の事故による死亡、後遺障害に対して、特別見舞金を支給すると共に、相互扶助の精神に基づき、安全思想の普及につとめ、こども会活動の円滑な推進に資することを目的とする。
2. 事業 前条の目的に従い、市こ協は次の事業を行なう。
 - (1) こども会活動における事故防止に関すること。
 - (2) 関係団体機関との連絡協調及び安全啓発活動に関すること。
 - (3) 育成者又は指導者の管理下におけるこども会の活動中及び会場への往復途上における会員の死亡、後遺障害に対する特別見舞金の支給に関すること。
3. 運営 この事業の運営は、市こ協役員会が行なう。
4. 経費
 - (1) この事業の経費は、会費・寄付金その他をもってこれに充てる。
 - (2) 本事業の支出は、特別見舞金による支出のほか、事業運営に要する一切の費用とする。
5. 対象期間 期間については、年度当初にあたっては、指定の申込日までに受理した分は4月1日よりその効力を認める。なお、対象期間は市こ協会長が承認した日（会費の納付があった日の翌日）から効力が発生し、その年度の3月31日までが有効期間である。
6. 対象とする事故 市こ協役員会が認め、かつ所属こども会の管理下におけるこども会活動中及びこども会活動上に生じた事故で、下記の項目に該当する事故を対象とする。
 - (1) あらかじめ定められた事業計画にもとづき秩序ある行動がすすめら

れた場合に発生した事故。

- (2) こども会活動のための会場への通常の往復途上における所で発生した事故。
- (3) 他の団体との共催行事にこども会が団体として参加する場合には、1カ月前までに所定の計画書を市こ協に提出し、承認を得たうえで発生した事故。

7. 特別見舞金 特別見舞金は死亡・後遺障害の場合に給付する。

●死亡……100,000円

●後遺障害……10,000円から最高100,000円を限度とする。

- 死亡……事故の日より180日以内に死亡の時
- 後遺障害……事故の日より180日以内にその身体の一部を失い、又は、重大な障害を残した時その程度に応じて上記を適用
ただし、後遺障害特別見舞金の金額については市こ協役員会が決定する。

8. 事故の手続き
- (1) 事故が発生した場合、指導責任者または、単位こども会会長は、事故発生状況を大阪府こども会事故報告書（府様式第5号）で、事故発生日より30日以内に市こ協に提出する。
 - (2) 特別見舞金給付の請求手続きは、所定の請求書にて校区・ブロックを通じ、市こ協へ提出する。
 - (3) 死亡の場合は、死亡診断書及び戸籍謄本の提出を必要とする。
 - (4) 機能障害については、機能障害の程度を証明する医師の診断書を提出する。
 - (5) 前項の他に必要書類を求める場合がある。

9. 免責事項（特別見舞金をお支払いできない主な事項）

- (1) 直接・間接を問わず、次のような事由により生じた死亡・後遺障害については、特別見舞金は支払われない。
 - ① 加入者や特別見舞金受取人の故意、もしくは違法・反則行為。
 - ② 加入者の自殺行為、犯罪行為又は闘争行為。
 - ③ 加入者の疾病（脳疾患、心臓疾患など）、心神喪失。
 - ④ 加入者が法令に定められた運転資格を持たないで、又は酒に酔ってもしくは麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の影響により正常な運転ができないおそれがある状態で自動車又は原動機付自転車を運転している間に生じた事故。
 - ⑤ 加入者の妊娠、出産、流産、外科的手術その他の医療処置。
 - ⑥ 地震、噴火、津波その他これら類似の天災。
 - ⑦ 戦争その他の変乱。
 - ⑧ 核燃料物質の放射性、爆発性その他の有害な特性。

- ⑨ 放射線照射又は放射能汚染。
- ⑩ 加入者が平常の事務遂行に支障のない程度の微傷並びにそれに起因する創傷伝染病の場合。
- ⑪ 移動手段として車輛等を利用した場合による交通事故等で、補償の責任機関がある場合。

なお、運転者の自己責任が問われることとなりますので、十分な注意が必要。

10. 会 計 (1) 会計年度は毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。
 (2) 会計報告は総会の承認を得るものとする。

この規定は、昭和40年4月1日	施行
昭和45年4月1日	改正
昭和48年4月1日	改正
昭和49年4月1日	改正
昭和51年4月1日	改正
昭和54年4月1日	改正
昭和55年4月1日	改正
昭和57年4月1日	改正
昭和59年4月1日	改正
昭和60年4月1日	改正
昭和62年4月1日	改正
平成 2年4月1日	改正
平成 7年4月1日	改正
平成 9年4月1日	改正
平成13年4月1日	改正
平成17年4月1日	改正
平成18年4月1日	改正
平成19年4月1日	改正
平成22年4月1日	改正
平成23年4月1日	改正
平成26年4月1日	改正

堺市子ども会育成協議会

(事務局)

〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号

堺市教育委員会事務局 地域教育支援部 地域教育振興課内

■ 電 話：072-228-7920(直通)

■ F A X：072-228-7009

■ E-Mail：chikyoushin@city.sakai.lg.jp

■ ホームページ：http://www.schoolweb.ne.jp/sakai/kodomokai/