

令和6年1月1日

# 令和6年度共済様式

- 01 共済契約申込書
- 02 共済加入書類送付案内 兼 加入状況報告書
- 03 加入申込書
- 04 加入者名簿2
- 05 年間行事計画書
- 06 共済会掛金等報告書(ネット加入用)
- 07 変更届(単位子ども会用)
- 08 変更届(市区町村子連用)
  
- 20 全国子ども会安全共済会事故第一報報告書
- 21 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
- 22 個人情報取扱いについての同意書
- 23 医療報告書
- 24 柔道整復施術報告書
- 25 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
- 26 後遺障害診断書
- 27 同意書
- 28 委任状

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

団体名 (市区町村等子連)	
(フリガナ) 代表者	①
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	

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 年 月 日

2. 被共済者の加入予定人数 \_\_\_\_\_ 名

3. 共済掛金等の予定金額

共 済 掛 金 50円 予定人数 \_\_\_\_\_ 合計金額 \_\_\_\_\_ 円  
 全 子 連 運 営 費 20円 70 円 × \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ 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。

以上

### 【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。

### <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。

御中

(都道府県・政令指定都市子連に提出)

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

(提出日) 令和 年 月 日

令和 \_\_\_\_ 年度 (第 \_\_\_\_ 回)  
共済加入書類送付案内 兼 加入状況報告書

団体名 (市区町村等子連)	
担当者	
連絡先電話番号	

1.添付書類(添付書類に○印を記入ください。)

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

2.今回加入状況

加入者	うち書類加入		送金額(注)	円
	名	名	送金(納金)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。





(提出日) 令和 年 月 日

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

令和 年度〈年間行事計画書〉

新規	
追加・変更	

(該当に「O」表示してください)

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、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
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	
				名	

2. 日常定例活動（日常の練習等を含む）


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

共済掛金等報告書(ネット加入用)

(提出日) 令和 年 月 日

新規	<input type="checkbox"/>
追加	<input type="checkbox"/>

該当に「○」表示を記入願います。

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	

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

	名
--	---

2.今回加入者の登録日

～
---

3.共済掛金等(今回加入者分)

送金額(注)		円	送金(納金)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。

【累計加入状況】

種 別	幼児	小学生	中学生	高校生等	育成者等	合計
人 数	名	名	名	名	名	名
	(うちジュニアリーダー数)		名	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・事務局職員

<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)

(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)

転入者	新会員 NO.	氏名	性別	学年	年齢	転入月	旧会員 NO.	旧所属団体		
						月		市区町村等子連	単位子ども会	単位子ども会NO
						月				
						月				
						月				
						月				
						月				

### 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

### 3. 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

(提出日) 令和 年 月 日

〈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。

団体名 (市区町村等子連)	
代表者	⑩

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す。

### 変更内容 (変更箇所のみ記入)

新	(フリガナ) 代表者	
	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	
	変更日	



旧	(フリガナ) 代表者	
	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。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

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	
代 表 者	
担 当 者	
連絡先電話番号	

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					
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		事故 証明 印	単 位 子 ども 会	
指定都市子連			単 位 子 ども 会 番 号	
代表者		㊟	市 区 町 村 等 子 連	

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	請求者住所に同じ 〒 _____
	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	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	_____				
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 _____ 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
--------------------	-----	-----	-----------------------	-----	-------	-----	--------------

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 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

## 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＞	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。

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		事故 証明 印 ①	単 位 子 ども 会	
指定都市子連			単 位 子 ども 会 番 号	
代表者			市 区 町 村 等 子 連	

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	〒 _____	被共済者	住 所	○ 請求者住所に同じ 〒 _____		
	氏 名	_____ ①		氏 名	_____	性別	_____
	連 絡 先	_____		生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	歳	_____ 学 年
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他( )					
添付書類	1	死亡診断書又は死体検案書	3	個人情報取扱いについての同意書			
	2	後遺障害診断書	4	被共済者の戸籍謄本(死亡時)			
お振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・( )			ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁) 店			
	支店 _____ 普通預金以外の場合( ) □座番号 _____			□座番号 _____			
□座名義(カタカナ)			□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	_____				_____	
行 事 名	_____				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
天 候	_____		参 加 者 数	_____ 名	有	無
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		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日生
受傷の日時	令和	年	月	日	曜日	午前・午後	時頃
傷病名、治療および後遺症の状況							
該当等級	級 号						
症状固定日	令和	年	月	日			
初診日	令和	年	月	日	(	曜日)	
通院	自	令和	年	月	日	(	曜日)
	至	令和	年	月	日	(	曜日)
入院	自	令和	年	月	日	(	曜日)
	至	令和	年	月	日	(	曜日)
上記のとおり診断いたします。							
令和 年 月 日							
住 所							
病 医 院 名							
医 師 名							
T E L ( )							

## ＜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

## 同意書

令和 年 月 日 \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_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 年 月 日

(代表相続人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

(同意人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

(同意人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

(同意人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

(同意人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 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。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

## 委任状

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 請求者との関係 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

5. 被共済者住所 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者住所 \_\_\_\_\_

委任者氏名 \_\_\_\_\_ (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。