

1. <補償制度様式>加入-02 加入申込書、加入者名簿1

<補償制度様式>加入-03 加入者名簿2

※単位子ども会で作成

①**加入者名簿1**に氏名、年齢、学年を記入、性別、種別が該当するところを○で囲んでください。

育成者・指導者も必ず年齢を記入してください。

加入者名簿1は、20名まで記入できます。

それ以上会員がいる場合は<補償制度様式>加入-03 **加入者名簿2**に記入してください。

②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)または育成会員の管理下にある活動が補償の対象です。必ず、1名以上の大人が加入してください。

③加入時の年齢制限はありませんが、四子連では、被補償者の範囲については、各地子連の判断とさせていただきます。

ただし、就学前3年以下の幼児が行事に参加する場合には、安全補償制度へ加入している保護者、祖父母又は親族の同伴が必要となります。

④**加入者数及び個人会費**に、①で記入した加入者数と金額(300円×加入者数)を記入します。

3. <補償制度様式>加入－04 年間行事計画書

※単位子ども会で作成

(1) すべての行事について記入してください。

行事の準備・練習も忘れずに記入してください。

(2) 実施日が決まっていない場合は「上旬」等で可。

もし事故が発生した場合は、日程が記されているもの（案内チラシ・回覧板など）を
<補償制度様式>報告－01「事故報告書」に添付してください。

(3) 行事計画書に書いた行事が中止になっても、事務局への連絡は不要です。

(対象となる子ども会活動)

第3条 補償の対象となる子ども会活動は、次の各号のとおりとします。

(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）または育成会員の管理下にある活動

(2) 子ども会の活動を実施するために必要な調査および準備のための計画に基づく活動

(3) 子ども会活動の一環として参加する各種研修会、研究会および会議に参加して行う計画に基づく活動

2 前項の活動には、子ども会が指定する集合場所または解散場所と被補償者の住居との通常の経路の往復中を含みます。

※<補償制度様式>加入－04 年間行事計画書 に記入されていない活動は、補償の対象外です。

2. <補償制度様式>加入-01 会員数集計表

※地区子連で作成

①地区子連で1枚作成します。

②各単位子ども会で記入した<補償制度様式>加入-02 加入者数及び個人会費を集計し記入します。

<< 地区子連番号表 >>

No.	地区名	No.	地区名	No.	地区名
1	共 同	12	下 野	23	四 郷
2	中央・同和・港	13	保 々	24	笹 川
3	浜 田	14	三 重	25	小 林
4	橋 北	15	三 重 西	26	小 山 田
5	海 蔵	16	大 谷 台	27	水 沢
6	羽 津	17	三 重 北	28	日 永
7	富 田	18	県	29	塩 浜
8	富 洲 原	19	桜	30	内 部
9	大 矢 知	20	川 島	31	河 原 田
10	八 郷	21	神 前	32	楠
11	八 郷 西	22	常 磐		

その他の手続きについて

(1) 途中加入したい

①<補償制度様式>加入-02 加入申込書、加入者名簿1

<補償制度様式>加入-03 加入者名簿2 ※20人以上の追加の場合
途中加入者名を記入してください。

<加入者数及び共済掛金>には、今回の途中加入者数を集計して記入してください。

②会費ひとり300円を添えて提出。

(2) 子ども会年間行事計画が追加・変更になった

①<補償制度様式>加入-04 年間行事計画書

追加・変更したところを記入してください。

②中止になった場合、事務局に連絡はいりません。

(3) 退会したい

①各地区子連・単位子ども会で集約してください。

②事務局には連絡不要です。

③会費の返金はありません。

(4) 転居等で所属子ども会を変更したい

①旧所属子ども会で安全補償制度に加入していた場合（四子連会員）

<補償制度様式>変更-01 変更届 を事務局に提出してください。

②以前住んでいたところで安全補償制度に加入していなかった場合

上記（1）途中加入の手続きを行ってください。会費ひとり300円が必要です。

※不明な時は事務局まで連絡してください。

◎各手続きとも、地区子連・単位子ども会で必ず控えをお持ちください。

***** 補償金請求について *****

- 行事を行う日にどこの病院（医院）が開業しているかを確認しておきましょう。
- 危険な場所がないか、事前に調べておくことも大切です。
- 事故が起こったらすぐに病院へ連れて行き、＜補償・制度様式＞報告－01事故報告書を事務局に提出すること。
 - ※FAX可 059（354）8061
 - ※各地区子連・単位子ども会で必ず控え（コピー）をお持ちください。
- ケガの程度にかかわらず、医師の診断を受けるように努めてください。
- 大きな診断結果になりかねないので、事故報告書は正確に詳しく記入してください。

1. <補償制度様式>報告－01 事故報告書

(1) 事故発生後、詳しく記入し、速やかに提出してください。

FAX可。059(354)8061

(2) 特に頭部および歯に関わる事故の場合はすぐに提出してください。

(補償の対象となる損害)

第4条 補償の対象となる損害は、次の各号に定めるとおりとします

(1) 子ども会活動中に子ども会会員または指導者が、急激かつ偶然な外来の事故(以下「傷害事故」といいます。)により被った身体の傷害(注)

(2) 子ども会活動中に、子ども会会員または指導者がその責めに帰すべき事由により、第三者の生命、身体または財物に損害を与えた場合において、当該子ども会会員または指導者が第三者に対して法律上の損害賠償責任を負い、その損害を賠償したこと(以下「賠償責任事故」といいます。)による損害

(注) 熱中症・食中毒等の症状および有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時的に吸入、吸収または摂取したときに急激に生ずる中毒症状を含み、有毒ガスまたは有毒物質を継続的に吸入、吸収または摂取した結果生ずる中毒症状を含まないものとします。

(補償の申請)

第8条 この要綱に基づき補償を受けようとするものは、事故の発生の日からその日を含めて30日以内に、事故発生の状況および傷害の程度を、所属子ども会および当会に申し出なければなりません。

2 子ども会活動の代表者は前項の申し出がなされたときは、事故の内容について速やかに当会に報告するものとします。

2. <補償制度様式>請求-01 補償金請求書（兼医療照会同意書）

(1) 治癒後、下記の書類をそろえて速やかに提出してください。

①<補償制度様式>請求-01 補償金請求書（兼医療照会同意書）

②保険医療領収書（初診～治癒までの全て） ※コピー可

* 5回通院したのなら、5回分全ての領収書を添付してください。

* 院外の薬局の領収書も対象（健康保険等を適用したもの）になります。

領収書 △△整形外科

領収書 ××薬局

※領収書はA4サイズの下紙
に重ねずに並べてコピー、
または貼ってください。

④領収書を無くしてしまったときは、再発行してもらうか、

<補償制度様式>請求-02 医療報告書 を医療機関で作成してもらってください。

文書料は自己負担となりますので事前に受付でご確認ください。

⑤柔道整復師（整骨院、接骨院）を受診した場合は、<補償制度様式>請求-03 柔道
整復施術報告書を可能な限り作成依頼してください。

ただし、領収書に健康保険請求の10割金額が表記されている場合は不要です。

文書料は自己負担となりますので事前に受付でご確認ください。

⑥診断書、同意書等（医療補償金が高額になる場合）が必要な場合は事務局から連絡し
ます。保険会社指定の書類をお渡ししますので、医療機関で作成してもらってくださ
い。

(2) 治癒の判定を受けた日からおよそ30日以内に提出してください。

(3) 医療災害補償金は、健康保険等を適用した医療費総額の30%です。（支払限度額50
万円）ただし、総医療点数が333点以下（医療共済金の額が、1,000円以下）の場合
は支払われません。

(4) 補償金は保険会社から直接請求者の口座へ振り込まれます。

** 保険医療領収書 (例) **

[外来] 医療費領収証

保 險 分 別	初・再診料	医学管理等	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリ	処置	手術
	332			335				490	
私 費 分 ・ そ 他	麻酔	その他		病理診断				保険分合計	負担割合
								1,157	30%
私 費 分 ・ そ 他	診断書	予防接種	健康診断	文書料	その他	インフルエンザ代		患者負担額	一部負担金
									3,470
				私費分合計	課税分合計	消費税		今回請求額	減免額
								3,470	
	修正差額		請求合計額					窓口請求額	
			3,470					3,470	
								受取金額	
								3,470	

三重県四日市市羽津中2丁目1-10
医療法人 弘健会 羽津整形外科
森 健太郎
059-330-5582

注意
○ 領収証は再発行いたしません。
○ 領収印のないものは無効です。
○ この領収証は保険療養費支給申請又は所得税医療費控除申請等に必要です。
大切に保管して下さい。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※点数は1点につき10円で換算します。

(①整形外科 1,157点 + ②薬局 158点) × 10円 = 13,150円

13,150円の30%の3,945円が医療災害補償金の金額となります。

領 収 証

調剤技術料	112点
薬学管理料	38点
薬剤料	8点
特定保険医療材料料	0点
合 計	158点

保険外負担	評価療養・選定療養	そ の 他
	(内訳)	(内訳)

保険内合計金額	1,580円
患者負担割	30%
負担金	470円
保険外金額	0円
内税対象額	0円
非課税対象額	0円
外税対象額	0円
外税額	0円
前回未収金	0円
請求金額	470円
今回未収金	0円

領収金額 470円

以上、医療費として領収いたしました。

三重県四日市市茂福777-4

ドリーム薬局
059-363-8008

柔道整復師の領収書（例）

		領収書	
		接骨院	
毎月、月始めには保険証の御提示をお願い致します			
2013年 6月28日 16:51 1			
施術自己負担額		非	¥370
微弱電療費		内	¥100
**小計			¥470
(内税)			¥4
個数			2個
**合計			¥470
現金			¥1,000
おつり			¥530

(傷害事故に関する補償額)

第5条 傷害事故に関する補償額は次の各号のとおりとします。

- (1) 前条(1)の傷害を被り、その直接の結果として、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡した場合は、600万円を死亡補償金として支払います。
- (2) 傷害を被り、その直接の結果として、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じた場合、次の算式によって算出した額を、後遺障害補償金として支払います。

$$600\text{万円} \times \frac{\text{別表1に掲げる各等級の後遺障害に対する補償金支払割合}}{100} = \text{後遺障害補償金の額}$$

- (3) 前条(1)の傷害を被り、その直接の結果として治療を受けた場合、健康保険等(注1)を適用した医療費総額(注2)の30%(注3)を医療災害補償金として支払います。ただし、平常の生活に支障がない程度に治った時以降の期間に対しては、医療災害補償金を支払いません。

①医療災害補償金の額が1,000円以下となる場合、医療災害補償金を支払いません。

②医療災害補償金の支払いを受けられる期間中にさらに医療災害補償金の支払いを受けられる傷害を被った場合、当会は重複しては医療災害補償金を支払いません。

(注1) 高額療養費制度を含みます。

(注2) 公的医療保険制度でいう10割分をいいます。

(注3) 50万円を限度とします。

(賠償責任事故に関する補償限度額)

第6条 賠償責任事故の補償限度額は、賠償金および保険会社が認める費用につき、身体賠償、財物賠償について次の各号に掲げる額を限度額とします。ただし、財物賠償については1事故について1,000円を超える部分とします。

(1) 身体賠償 1名につき1億円、1事故につき5億円

(2) 財物賠償 1事故につき200万円

※死亡補償金、後遺障害補償金、賠償保険金の請求は、保険会社指定の用紙をお渡ししますので、事務局まで連絡してください。

傷害補償	死亡補償金	死亡診断書、死亡検案書等
	後遺障害補償金	後遺障害診断書等
賠償補償	賠償保険金	示談書、見積書、請求書等