

道町連共済

# 事務手続きの手引

改定保存版

一般社団法人 北海道町内会連合会

## もくじ

|                     |    |
|---------------------|----|
| I. 道町連共済のあらまし       | 1  |
| II. 加入申込みについて       | 5  |
| 1. 加入申込みの流れ         | 5  |
| 2. 加入手続き（その1～新規加入）  | 6  |
| 3. 加入手続き（その2～継続加入）  | 7  |
| 4. 加入手続き（その3～役員の変更） | 8  |
| 5. 加入手続きの留意事項       | 8  |
| 6. 加入に関する様式         | 9  |
| III. 見舞金請求について      | 20 |
| 1. 見舞金請求の流れ         | 20 |
| 2. 請求の留意事項          | 22 |
| 3. 請求に必要な書類         | 23 |
| IV. 関係規程            | 35 |
| 1. 共済規程             | 36 |
| （参考）道町連共済のあゆみ       | 40 |

## I. 道町連共済のあらまし

「道町連共済」は、町内会・自治会活動中に事故にあわれたとき、見舞金を支給する「一般社団法人北海道町内会連合会」の会員相互の助けあいの事業です。

北海道町内会連合会に入会する正会員組織、準会員組織に所属する町内会役員や町内会員の皆さんが、ひとり年200円の会費で「道町連共済」に加入いただけます。

### 1. 加入

加入には、「個人加入」と「役職加入」の2通りがあります。

「個人加入」は、町内会の会員で町内会活動に参加される方が対象です。

「役職加入」は、町内会の役員をされている方が対象です。役職名で加入し、年度途中で他の方に役職が変わられても、「変更届」の提出でそのまま新しい方に継続できます。

個人加入・役職加入ともに、見舞金の内容は変わりありません。

なお、町内会活動では回覧板や広報紙の配付等、家族の方々が代わって役割を果たすことが多いため、加入者の代理活動中の事故に限り、同居する家族のうち1名が代理として認められ、見舞金の対象となります。

### 2. 共済会費

共済会費は、ひとり年200円です。

年度途中に加入された場合も、同額となります。

### 3. 共済期間

共済期間は、4月1日から翌年3月末日までの1年間です。

なお、年度途中に加入された場合も、共済期間は翌年3月末日までです。

### 4. 効力の発生

共済の効力は、単位町内会が加入者を取りまとめ、加入者名簿を添えて共済会費を連合町内会に納入した翌日から発生します。準会員の場合は、北海道町内会連合会に加入申込みをした翌日からです。

また、継続加入の場合は、4～5月の総会で役員改選をする町内会が多いため、4月1日にさかのぼって効力が発生する2ヶ月間の遡及期間を設けています。

なお、次の場合は、共済の効力が失われます。

- (1) 加入者が他市区町村に転居した場合
- (2) 加入者が死亡した場合
- (3) 会費が未納の場合
- (4) 役職加入した方がその役職を終えた場合

## 5. 見舞金の内容

| 見舞金の種類                | 支給額                   | 条 件                                          |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------------|
| 死亡見舞金 B               | 10万円                  | 死亡見舞金 A に該当しない、活動中の死亡に対して支給。発生後24時間以内に死亡の場合。 |
| 傷害見舞金                 | 治療のために被害者が実際に負担した医療費  | 支給上限を10万円とする。<br>医師の指示による薬代・補装具代も含む。         |
| 医師等の診断書<br>(治癒証明書)文書料 | 一事故5,000円を<br>限度に実費支給 | 通院した日が5日（1～5日）以内の事故は診断書(治癒証明書)が不要のため除く。      |

※注 医師等とは、医師、歯科医師、柔道整復師をいいます。

|         |         |                                               |
|---------|---------|-----------------------------------------------|
| 死亡見舞金 A | 200万円   | 活動中における外因・外傷の事故による死亡に対して支給。事故発生後180日以内に死亡の場合。 |
| 後遺障害見舞金 | 最高200万円 | 後遺障害の程度により支給。<br>事故発生後180日以内に生じた場合。           |

※注 死亡見舞金 A、後遺障害見舞金は、北海道町内会連合会が団体契約する損害保険会社から支給されます。

## 6. 見舞金の対象となる活動

町内会の事業計画に基づいた活動中に、生じた事故が対象となります。また、事業計画になくても町内会の運営上慣例となっている事業も対象となります。

### (1) 具体的な事業・行事

- ①町内会が主催する運動会、レクリエーション、スポーツ大会、盆踊り等の親睦活動
- ②総会、役員会等の会議や町内会の研修会等
- ③町内の清掃・除排雪、防犯・防火パトロール、交通安全指導、資源回収等

### (2) 運営上慣例となる事業

広報紙・回覧板の配付・回送、事務連絡、会費の徴収、町内会の葬儀手伝い等

### (3) 活動の往復途中について

活動を行うために、自宅を出てから活動を終えて帰宅するまでを対象とします。町内会活動以外の私的な用事で移動経路を外れた場合は対象となりません。なお、自宅を出るとは自宅の敷地内を離れて公道に出た後、マンションなどの集合住宅は各世帯の玄関ドアを出た後のことをいいます。

### (4) 宿泊を伴う活動について

予定された行程・活動中の事故が対象。宿泊施設内での事故は移動・入浴等通常の宿泊行為のみが対象となり、活動以外の目的での移動経路を外れた場合や泥酔等当事者の私的・恣意的行為による事故は対象となりません。

## 7. 見舞金の対象とならない場合

次の場合は、見舞金の対象となりませんので、ご注意ください。

- (1) 本人の故意、重大な過失で起こした事故
- (2) 町内会の事業計画にない活動中の事故
- (3) 自宅敷地内での事故

自宅での会議資料作成等、原則として、自宅内及び自宅敷地内で行われる活動は対象となりません。

- (4) 事故によらない疾病の場合（24時間以内の死亡は除く）

本共済は「不慮の事故」や「事故によるケガ」に対して見舞金を支給しています。

町内会活動中に「脳梗塞」や「急性心不全」等の「疾病」で倒れて入院・通院されても傷害見舞金の対象となりません。但し、24時間以内に死亡された場合に限り、死亡見舞金Bの対象となります。

- (5) 医師等の指示によらない治療の場合

医師等の指示によらない治療とは、医療機関または整骨院以外の治療をいいます。

医療機関の指示を受けていないマッサージ治療院、カイロプラクティックセンター、鍼灸院等での治療は対象となりません。

- (6) 事故発生日から180日を超えた場合

見舞金請求は、事故発生日から180日以内に請求してください。

- (7) 医療費の自己負担がなかった場合

- (8) 交通事故の場合

但し、次の場合は見舞金の対象となります。

- ・死亡見舞金A
- ・後遺障害見舞金
- ・医療費の自己負担がある場合

- (9) 頸部症候群や腰痛等の場合

医学的他覚所見がないときや町内会活動との因果関係が不明なときには対象となりません。

## 8. 加入手続きと見舞金請求手続きの窓口

- (1) 正会員組織の場合

正会員の場合は、連合町内会が窓口です。

### ①加入手続き

単位町内会が加入者名簿を作成し、連合町内会にお申込みください。連合町内会は単位町内会の加入申込みをとりまとめ、北海道町内会連合会に加入手続きをしてください。

### ②見舞金請求

見舞金請求は単位町内会長が事故報告者となり、連合町内会を通じて、北海道町内会連合会に請求してください。

## (2) 準会員組織の場合

準会員の場合は、単位町内会が窓口です。

### ①加入手続き

単位町内会が加入者名簿を作成し、北海道町内会連合会にお申込みください。

### ②見舞金請求

見舞金請求は単位町内会長が事故報告者となり、北海道町内会連合会に請求してください。

## 9. Q&A「見舞金の対象となる場合・ならない場合」

### Q 1. 町内会が協賛・後援している行事は？

A 1. 町内会が主体的に責任をもってかかわる行事を町内会の行事として認めており、協賛・後援等名目だけのかかわりをもつ行事は認めていません。

### Q 2. 町内会行事にかかる練習や準備中の事故は？

A 2. 行事にかかる練習や準備が町内会管理下中の事故と証明されるときは対象となります。

### Q 3. 単位町内会での加入の場合、連合町内会の行事での事故は？

A 3. 連合町内会の事業や行事は、単位町内会の事業の一環として考え、対象となります。

### Q 4. 同好会・老人クラブ・子ども会等の活動中の事故は？

A 4. 道町連共済に、同好会等での活動中の事故のために加入いただいた場合、別組織の活動と判断されて、見舞金の対象とならない場合もありますので、ご注意ください。

#### (1) 見舞金の対象となる場合

①～③全てに当てはまる場合には、見舞金の対象となります。

①その会の活動費が町内会の収支予算で執行されている場合

②その会が町内会の部会（例：総務部・女性部等）と同じく位置付けられている場合

③その会の活動が町内会の事業計画に明記されている場合

#### (2) 見舞金の対象とならない場合

①～③のいずれか一つでも当てはまる場合には、見舞金の対象となりません。

①その会が独自の事業計画を持っている場合

②その会が独自の会計で運営されている場合

③町内会がその会に活動費を助成している場合

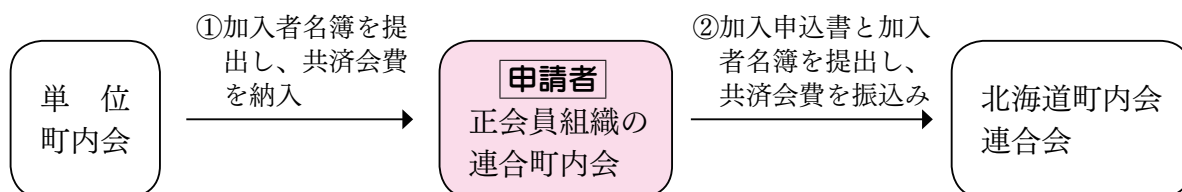
## Ⅱ. 加入申込みについて

### 1. 加入申込みの流れ

#### 1. 正会員組織の場合

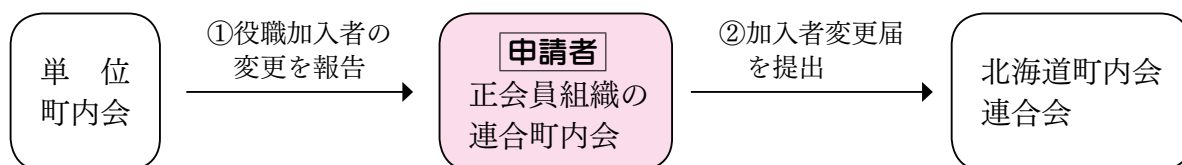
##### (1) 加入

正会員組織は、単位町内会分の名簿と共济会費を取りまとめて、北海道町内会連合会に加入申込みをしてください。



##### (2) 役職加入者の変更

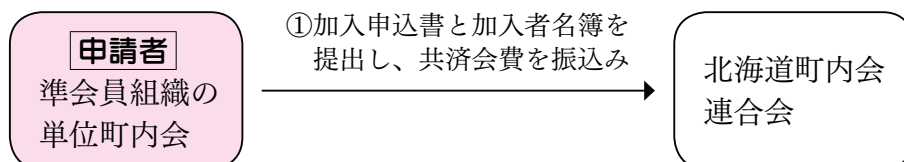
正会員組織は、単位町内会から役職加入者変更の報告があった場合、加入者変更届を北海道町内会連合会に提出してください。



#### 2. 準会員組織の場合

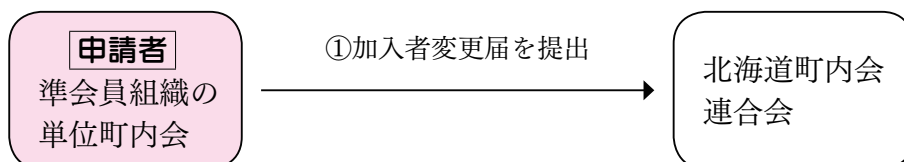
##### (1) 加入

準会員組織の単位町内会は、直接、北海道町内会連合会に加入申込みをしてください。



##### (2) 役職加入者の変更

準会員組織の単位町内会は、直接、北海道町内会連合会に加入者変更届を提出してください。





## 2. 加入手続き（その1～新規加入）

新規加入には、年度初め（4月1日）からの加入と年度途中からの加入の2通りがあります。

加入申込みの際は、下記の必要事項を北海道町内会連合会へ提出し、振込みにより共済会費を納入してください。

### 加入手続きに必要な書類

■共済加入申込書【様式第1号】

■加入者名簿（個人加入用）【様式第2号－1】

（役職加入用）【様式第2号－2】

（パソコンによる名簿、既存の役員名簿でも可）

■振込用紙（共済会費の納入）

### （1）年度初め（4月1日）からの加入

#### ①3月末日までに加入手続きを

年度初めの4月1日から加入する場合は、3月末日までにお申込みください。

加入申込書【様式第1号】及び加入者名簿【様式第2号－1、様式第2号－2】を北海道町内会連合会に提出し、加入者数分の共済会費を振込用紙により納入してください。

加入申込書の日付は、4月1日と記入してください。

なお、加入申込書及び加入者名簿の送付と共済会費の送金は、同日にお願いします。

#### ②共済期間

共済期間は、4月1日から翌年の3月末日までです。

### （2）年度途中からの加入

#### ①いつでも加入手続きを

年度途中からでも、加入申込みが可能です。

加入申込書【様式第1号】及び加入者名簿【様式第2号－1、様式第2号－2】を北海道町内会連合会に提出し、加入者数分の共済会費を振込用紙により納入してください。

加入申込書の日付は、申込みをする日を記入してください。

なお、加入申込書及び加入者名簿の送付と共済会費の送金は、同日にお願いします。

#### ②共済期間

共済期間は、単位町内会が正会員組織の連合町内会に加入申込みをした翌日からその年度の3月末日までです。

準会員の場合は、北海道町内会連合会に加入申込みをした翌日からその年度の3月末日までです。



### 3. 加入手続き（その2～継続加入）

継続加入の場合は、4～5月に総会で役員改選する町内会が多いことから、4月1日にさかのぼって効力が発生する2ヶ月間の遡及期間を設けています。

継続加入を希望する際は、5月末日までに下記の必要書類を北海道町内会連合会へ提出し、振込みにより共済会費を納入してください。

#### 加入手続きに必要な書類

■共済加入申込書【様式第1号】

■加入者名簿（個人加入用）【様式第2号－1】

（役職加入用）【様式第2号－2】

（パソコンによる名簿、既存の役員名簿でも可）

■振込用紙（共済会費の納入）

#### （1）継続加入～次年度も継続して加入する場合

##### ①5月末日までに「新年度の加入手続き」を

加入申込書【様式第1号】及び加入者名簿【様式第2号－1、様式第2号－2】を北海道町内会連合会に提出し、加入者数分の共済会費を振込用紙により納入してください。

加入申込書の日付は4月1日とし、5月末日までにお申込みください。

なお、加入申込書及び加入者名簿の送付と共済会費の送金は同日にお願いします。

##### ②共済期間

継続加入の場合は、5月末日までに「新年度の加入手続き」をすると、4月1日にさかのぼって共済の効力が発生し、4～5月のケガは前年度の加入者が対象となります。

共済期間は、4月1日から翌年の3月末日までです。

#### （2）新年度の加入手続きが5月末日を過ぎると年度途中扱いに

##### ①加入手続きが5月末日を過ぎると

「新年度の加入手続き」が5月末日を過ぎると4月1日にさかのぼりません。

年度途中からの加入扱いとなり、4月～5月のケガは対象とならないので、ご注意ください。

##### ②共済期間

共済期間は、単位町内会が正会員組織の連合町内会事務局に加入申込みをした翌日からその年度の3月末日までです。

準会員組織の場合は、北海道町内会連合会に加入申込みをした翌日からその年度の3月末日までです。

## 4. 加入手続き（その3～役員の変更）

「役職加入」の場合、年度途中で役員が変わった際は、下記の必要書類を提出し、共済加入者を変更することができます。

### 変更手続きに必要な書類

#### ■共済加入者変更届【様式第3号】

#### （1）加入者変更届の提出で役員の後任者が加入者になる

役職加入した方が役員の改選等で変更のあった場合、加入者の変更手続きをすると後任者が権利を引き継ぐことができます。

#### （2）新たな役職で加入するには、新規加入を

当初、加入していない役職名の方が加入する場合は、新規加入となります。加入申込書と加入者名簿の提出、共済会費の納入による加入手続きが必要です。

## 5. 加入手続きの留意事項

#### （1）役職兼務の場合

複数の役職を兼務している場合は、主となるひとつの役職名で加入してください。

役職を兼務している方が、年度途中で兼務でなくなった場合、新たな役職加入が必要となることがありますので、ご注意ください。

#### （2）加入申込みの提出は、単位町内会分をまとめて

正会員組織の連合町内会は、各単位町内会分の申込みを、ある程度、数がまとまってから、北海道町内会連合会へ提出してください。

なお、共済の効力は、継続加入手続きを行う場合、4月1日にさかのぼって発生し、年度途中の加入の場合、単位町内会が連合町内会に申込みをした翌日から発生します。

## 6. 加入に関する様式

### (1) 加入に関する様式

加入に関する様式は、下記のとおりです。様式は必要部数をお送りしますので、事務局までご連絡ください。

また、北海道町内会連合会ホームページ（[www.d-choren.or.jp](http://www.d-choren.or.jp)）にも、ワードファイルで用意しています。トップページ左下のボタンをクリックして、ご活用ください。



|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| ①共済加入申込書【様式第1号】        | 1冊15組(2枚複写)・・・11ページ |
| ②加入者名簿（個人加入用）【様式第2号－1】 | 1冊15組(3枚複写)・・・13ページ |
| ③加入者名簿（役職加入用）【様式第2号－2】 | 1冊30組(3枚複写)・・・15ページ |
| ④共済加入者変更届【様式第3号】       | 1冊15組(3枚複写)・・・19ページ |
| ⑤振込用紙                  | 1冊25組(4連式)          |

- ・振込用紙以外はA4判の複写式。各1枚目は本会に提出、他は控えとして保管してください。
- ・パソコンで作成した様式でも対応します。
- ・加入者名簿の役職加入用（様式第2号－2）は、町内会既存の役員名簿でも対応します。

### (2) 振込用紙の取扱い（お願い）

- ①振込用紙は4連式です。4票とも記入してください。
- ②払込人住所氏名欄には、住所・組織名（町内会名）のみを記入してください。
- ③正会員組織は、各町内会分の共済会費を取りまとめ、1枚の振込用紙で振込んでください。入金処理の省力化のため、振込件数の減にご協力願います。
- ④振込みは、北海道銀行をご利用ください。お近くに北海道銀行がない場合のみ、ゆうちょ銀行・郵便局をご利用ください。

#### 10万円を超える振込みの取扱いについて（犯罪収益移転防止法による）

##### 1. 北海道銀行各支店からの振込みの場合

来店された方の身分証明書（運転免許証、健康保険証等）の提示が必要です。  
組織の代表者の身分証明書の提示は必要ありません。

##### 2. ゆうちょ銀行・郵便局から振込みの場合

組織の代表者の身分証明書と来局された方の身分証明書の提示、さらに、規約が必要なケースもあるため、10万円を超えないよう何本かに分けて振込んでいただくことをおすすめします。

# 様式第 1 号

〔正会員の場合は、連合町内会が記入〕  
〔準会員の場合は、単位町内会が記入〕

(様式第 1 号)

平成 27 年 4 月 1 日

一般社団法人  
北海道町内会連合会 様

|                                            |         |                                                                      |
|--------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------|
| ※2<br>(市連<br>申町合<br>請村町<br>者内会<br>〜会<br>長) | 事 務 局 所 | (☎060-0002) (TEL 011-271-3178)<br>札幌市中央区北 2 条西 7 丁目<br>北海道社会福祉総合センター |
|                                            | 組 織 名   | 〇〇市町内会連合会                                                            |
|                                            | 代表者名    | 会長 〇〇 〇〇 (印)                                                         |

## 一般社団法人 北海道町内会連合会 共済加入申込書

標記共済について、加入者名簿と会費を添えて加入いたします。

- 新規加入  
(1) 年度初めから加入のときは 4 月 1 日と記入。  
(2) 年度途中から加入のときは加入申込みをする日を記入。
- 継続加入は 4 月 1 日と記入。

正会員の場合は、連合町内会長となります。

準会員の場合は、単位町内会長となります。

加入する単位町内会の順に番号をつけ、以後の手续(加入者変更・追加加入)は、その番号を記入。その番号は年度毎の番号とします。

準会員の場合、番号の記入は不要。

加入町内会数を記入。

| 単位町内会番号 | 単 位 町 内 会 名 | 加入者内訳数                   |          |
|---------|-------------|--------------------------|----------|
|         |             | 役 職 加 入                  | 個 人 加 入  |
| 1       | A 町内会       | 100                      | 20       |
| 2       | B 町内会       | 100                      | 20       |
| 3       | C 町内会       | 100                      | 20       |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
|         |             |                          |          |
| 計       | 3           | 組織 (a) 300 名             | (b) 60 名 |
|         |             | (a+b) × 200 円 = 72,000 円 |          |

役職・個人それぞれの加入者数の計を記入。

- ※ 1. 本様式第 1 号は、①道町連提出用と②連合町内会・単位町内会控の 2 枚複写になっています。  
 ※ 2. 準会員の場合、申請者欄は単位町内会長となります。  
 ※ 3. 様式第 2 号-1、2 の加入者名簿を添付してください。  
 ※ 4. 記入いただいた個人情報、北海道町内会連合会にて保管し、加入者の管理に係る問合せ、加入のご案内のために利用します。

- ・正会員の場合は、ある程度、数がまとまってから、北海道町内会連合会へ提出してください。
- ・パソコン等による加入申込書でも対応します。
- ・本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

一般社団法人  
北海道町内会連合会 様

|                                                   |              |            |
|---------------------------------------------------|--------------|------------|
| ※2<br>(市連<br>区町合<br>申町合<br>請村会<br>者町会<br>)内<br>)長 | 事 務 局<br>住 所 | ( ) (TEL ) |
|                                                   | 組 織 名        |            |
|                                                   | 代表者名         | (印)        |

一般社団法人北海道町内会連合会共済加入申込書

標記共済について、加入者名簿と会費を添えて加入いたします。

| 単位町内会番号          | 単 位 町 内 会 名 | 加入者内訳数  |         |
|------------------|-------------|---------|---------|
|                  |             | 役 職 加 入 | 個 人 加 入 |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
|                  |             |         |         |
| 計                | 組 織         | ① 名     | ② 名     |
| (①+②) × 200円 = 円 |             |         |         |

※ 1. 本様式第 1 号は、①道町連提出用と②連合町内会・単位町内会控の 2 枚複写になっています。  
※ 2. 準会員の場合、申請者欄は単位町内会長となります。  
※ 3. 様式第 2 号－ 1、 2 の加入者名簿を添付してください。  
※ 4. 記入いただいた個人情報、北海道町内会連合会にて保管し、加入者の管理に係る問合せ、加入のご案内のために利用します。

様式第2号-1

〈単位町内会が記入〉

(様式第2号-1)

## 加入者名簿（個人加入用）

(No. )

(様式第 1 号)  
共済加入申込書と  
同じ「単位町内会  
番号」を記入。

準会員の場合は不要。

加入順に番号をつけ、名前と性別を記入。

単位町内会番号 | 町内会名 A町内会

町内会名を記入。

| 番号 | 会 員 名 | 性 別 | 番号 | 会 員 名 | 性 別 |
|----|-------|-----|----|-------|-----|
| 1  | 齊藤 一夫 | 男   |    |       |     |
| 2  | 中村 陽子 | 女   |    |       |     |
| 3  | 清水 香  | 女   |    |       |     |
| 4  | 田中 裕  | 男   |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
| 20 | 佐藤 正子 | 女   |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |
|    |       |     |    |       |     |

※ 1. 本様式第 2 号－1 は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の 3 枚複写になっています。

※2. 準会員の場合、②連合町内会控は不要です。

※3. 様式第1号の加入申込書に添付してください。

※ 4. 記入いただいた個人情報、北海道町内会連合会にて保管し、加入の管理、見舞金支給審査のために利用します。

- ・ 1枚に50名まで記入できます。
- ・ パソコン等による加入者名簿でも対応します。
- ・ 本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

(様式第2号-1)

## 加入者名簿（個人加入用）

(No. \_\_\_\_\_)

単位町内会番号

[illegible]

- ※1. 本様式第2号-1は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の3枚複写になっています。
- ※2. 準会員の場合、②連合町内会控は不要です。
- ※3. 様式第1号の加入申込書に添付してください。
- ※4. 記入いただいた個人情報、北海道町内会連合会にて保管し、加入の管理、見舞金支給審査のために利用します。



様式第2号-2

〈単位町内会が記入〉

(様式第 1 号)  
共済加入申込書と  
同じ「単位町内会  
番号」を記入。

準会員の場合は不要。

加入順に番号をつけ、名前、性別、町内会役職を記入。

(様式第2号-2)

## 加入者名簿（町内会役職加入用）

(No. )

▶ 単位町内会番号 1 町内会名 A町内会

町内会名を記入。

役職の期間を記入。

複数の役職を兼務されている場合は、主となるひとつの役職名で加入してください。

[illegible]

- ※１． 本様式第２号－２は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の３枚複写になっています。  
 ※２． 準会員の場合、②連合町内会控は不要です。  
 ※３． 町内会役職名と役職の期間を忘らずに記入してください。  
 ※４． 様式第１号の加入申込書に添付してください。  
 ※５． 記入いただいた個人情報、北海町内会連合会にて保管し、加入者の管理、見舞金支給審査のために利用します。

- ・ 1枚に25名まで記入できます。
- ・ パソコン等による加入者名簿や、既存の役員名簿でも対応します。
- ・ 本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

(様式第2号-2)

## 加入者名簿（町内会役職加入用）

(No. \_\_\_\_\_)

単位町内会番号

[illegible]

- ※１．本様式第２号－２は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の３枚複写になっています。  
 ※２．準会員の場合、②連合町内会控は不要です。  
 ※３．町内会役職名と役職の期間を忘れずに記入してください。  
 ※４．様式第１号の加入申込書に添付してください。  
 ※５．記入いただいた個人情報は、北海町内会連合会にて保管し、加入者の管理、見舞金支給審査のために利用します。

# 振込用紙 (振込用紙・4連式)

振込金額の内訳を記入。

住所・組織名(連合会名)のみを記入。

準会員の場合は町内会名を記入。

|                                        |                         |               |             |                 |   |
|----------------------------------------|-------------------------|---------------|-------------|-----------------|---|
| 02 小樽                                  |                         | 払込取扱票 (振込通知書) |             | 通常払込料金<br>加入者負担 |   |
| 口座記号番号                                 |                         |               |             | 金額              |   |
| 0 2 7 6 0 - 4                          |                         |               |             | 6 7 9 9         |   |
| 株式会社 北海道銀行道庁支店                         |                         |               |             | 6000            |   |
| 北海道銀行道庁支店 (0346000)                    |                         |               |             |                 |   |
| おとこ・おなまえ<br>札幌市中央区北2条西7丁目<br>〇〇市町内会連合会 |                         |               |             |                 |   |
| 各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。              | 加入者名<br>振込先<br>ご依頼人・通信欄 | 年会費           | 均等割         | 世帯割             | 計 |
|                                        |                         | 準会員           | 円           | 円               | 円 |
|                                        |                         | 均等割           | 世帯割         | 計               |   |
|                                        |                         | 円             | 円           | 円               |   |
|                                        |                         | 共済会費          | 役職加入        | 個人加入            | 計 |
|                                        | @200円×(10)人             | @200円×(20)人   | @200円×(30)人 |                 |   |
|                                        | 2,000円                  | 4,000円        | 6,000円      |                 |   |
|                                        | その他                     |               |             |                 |   |

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行) (承認番号小第14713号)  
これより下部には何も記入しないでください。

|           |                |
|-----------|----------------|
| 払込票       |                |
| 口座記号番号    | 0 2 7 6 0 - 4  |
| 加入者名      | 株式会社 北海道銀行道庁支店 |
| 金額        | 6000           |
| 振込先       | 北海道銀行道庁支店      |
| おなまえ<br>※ | 〇〇市町内会連合会      |
| ご依頼人      | 様              |
| 料金        |                |
| 備考        |                |

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

## 振込用紙の取扱い

- ※振込用紙は4連式です。4票とも記入してください。
- ※払込人住所氏名欄には、住所・組織名(町内会名)のみを記入してください。
- ※正会員組織は、各町内会分の共済会費を取りまとめ、1枚の振込用紙で振込んでください。  
入金処理の省力化のため、振込件数の減にご協力願います。
- ※振込みは、北海道銀行をご利用ください。お近くに北海道銀行がない場合のみゆうちょ銀行・郵便局をご利用ください。

振込金額を記入。

払込金受入票（振込依頼書）

振替払込請求書兼受領証（振込金（兼手数料）受領書）

口座記号番号 0 2 7 6 0 4 6 7 9 9

加入者名 株式会社 北海道銀行道庁支店

金額 ※ 千 百 十 万 千 百 十 円 6 0 0 0

振込先 北海道銀行道庁支店

おとこ・おなまえ  
※ 木（札幌市中央区北2条西7丁目）  
〇〇市町内会連合会

ご依頼人

料 金 日 附 印

備 考

切り取らないでください。

口座記号番号 0 2 7 6 0 4 6 7 9 9

加入者名 株式会社 北海道銀行道庁支店

金額 ※ 千 百 十 万 千 百 十 円 6 0 0 0

振込先 北海道銀行道庁支店

おなまえ  
※ 〇〇市町内会連合会

ご依頼人 様

料 金 (消費税込み) 日 附 印

備 考

（ゆうちょ銀行）

## （お願い）

### 10万円を超える振込みの取扱いについて（犯罪収益移転防止法による）

#### 1. 北海道銀行各支店からの振込みの場合

来店された方の身分証明書（運転免許証、健康保険証等）の提示が必要です。  
組織の代表者の身分証明書の提示は必要ありません。

#### 2. ゆうちょ銀行・郵便局から振込みの場合

組織の代表者の身分証明書と来局された方の身分証明書の提示、さらに、規約が必要なケースもあるため、10万円を超えないよう何本かに分けて振込んでいただくことをおすすめします。

## 様式第3号

〈正会員の場合は、連合町内会が記入〉  
〈準会員の場合は、単位町内会が記入〉

(様式第3号)

平成27年 10月 1日

提出する年月日を記入。

一般社団法人  
北海道町内会連合会 様

|                     |           |          |                                                                  |
|---------------------|-----------|----------|------------------------------------------------------------------|
| 第2<br>(申<br>請<br>者) | 連合会<br>市長 | 事務局<br>所 | (☎060-0002) (TEL 011-271-3178)<br>札幌市中央区北2条西7丁目<br>北海道社会福祉総合センター |
|                     | 組 織 名     | 組 織 名    | 〇〇市町内会連合会                                                        |
|                     | 代表者名      | 代表者名     | 会長 〇〇 〇〇 (印)                                                     |

正会員の場合は、  
連合町内会長となり  
ます。

準会員の場合は、  
単位町内会長となります。

一般社団法人北海道町内会連合会共済加入者変更届

標記共済加入者の変更を下記の通り行ないます。

記

加入時の「町内会  
番号」を記入。

準会員の場合は不要。

|         |        |
|---------|--------|
| 単位町内会番号 | 単位町内会名 |
| 1       | A町内会   |

町内会名を記入。

加入時の名簿の番号を記入。

[illegible]

役職が変更になった日を記入。

加入時の町内会役職名を記入。

役職の後任者名を  
記入。

役職の前任者名を  
記入。

※ 1. 本様式第 3 号は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の 3 枚複写になっています。  
 ※ 2. 準会員の場合、申請者欄は単位町内会長となります。  
 ※ 3. 準会員の場合、②連合町内会控は不要です。  
 ※ 4. 名簿番号は、加入時の名簿の番号です。必ず記入してください。  
 ※ 5. 記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、加入者の管理、見舞金支給審査のために利用します。

- ・ 1枚に13名まで記入できます。
- ・ 本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています

(様式第3号)

平成 年 月 日

一般社団法人

北海道町内会連合会 様

|                                                          |           |             |
|----------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| ※2<br>(市連<br>区合<br>町合<br>村会<br>町内<br>会<br>申請<br>者)<br>会長 | 事務局<br>住所 | (〒 ) (TEL ) |
|                                                          | 組織名       |             |
|                                                          | 代表者名      | (印)         |

一般社団法人北海道町内会連合会共済加入者変更届

標記共済加入者の変更を下記の通り行ないます。

記

|         |        |
|---------|--------|
| 単位町内会番号 | 単位町内会名 |
|         |        |

| ※4<br>名簿番号 | 役職名 | 旧加入者名 | 新加入者名 | 性別 | 変更期日 |
|------------|-----|-------|-------|----|------|
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |
|            |     |       |       |    |      |

- ※1. 本様式第3号は、①道町連提出用②連合町内会控③単位町内会控の3枚複写になっています。
- ※2. 準会員の場合、申請者欄は単位町内会長となります。
- ※3. 準会員の場合、②連合町内会控は不要です。
- ※4. 名簿番号は、加入時の名簿の番号です。必ず記入してください。
- ※5. 記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、加入者の管理、見舞金支給審査のために利用します。

## Ⅲ. 見舞金請求について

### 1. 見舞金請求の流れ

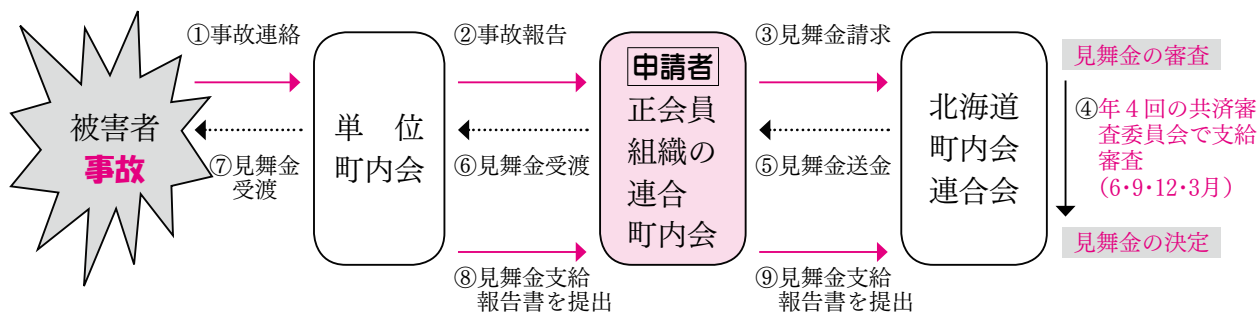
見舞金の請求は、正会員組織の連合町内会長、あるいは準会員組織の単位町内会長が申請者となり、事故発生日から180日以内に北海道町内会連合会に請求します。

見舞金請求の流れは、次のとおりです。

#### 1. 正会員組織の場合

見舞金請求は、単位町内会長が事故報告者となり、連合町内会を通じて、北海道町内会連合会に請求してください。

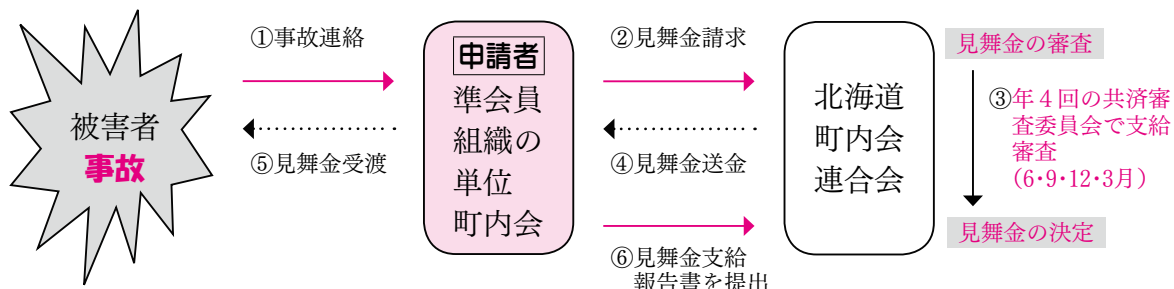
正会員組織の連合町内会は、申請者として見舞金請求から受領までの事務手続きをしていただきます。



#### 2. 準会員組織の場合

見舞金請求は、単位町内会長が事故報告者となり、北海道町内会連合会に請求してください。

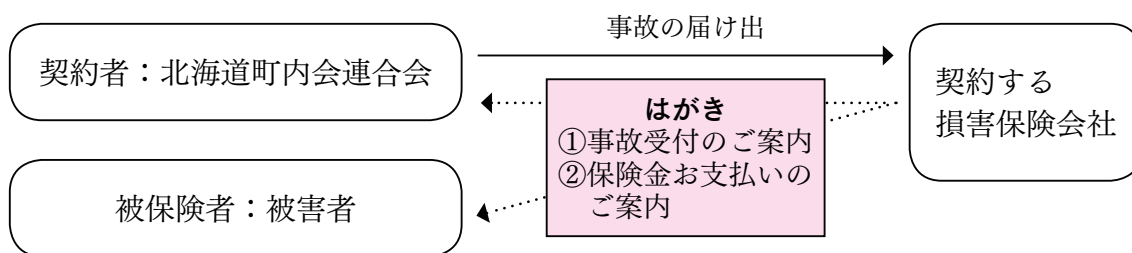
準会員組織の単位町内会は、申請者として見舞金請求から受領までの事務手続きをしていただきます。



### 3. 死亡見舞金 A（外因・外傷の事故による死亡）・後遺障害見舞金の取扱い

死亡見舞金 A（200万円）と後遺障害見舞金（最高200万円）は、北海道町内会連合会が団体契約する損害保険会社から支給されます。

そのため、事故届出から見舞金支給までの間に損害保険会社からのはがきが被保険者である被害者にも、①事故受付のご案内、②保険金お支払いのご案内の 2 通のはがきが直送されますので、被害者にその旨をお伝えください。





## 2. 請求の留意事項

### ▼事故発生後の3つの確認

(1) 被害者が道町連共済の会員（加入者）であること

代理の場合は、同居する家族で、会員（加入者）の代理の活動中の事故であることが条件。

(2) 町内会の事業計画に基づいた活動中の事故であること

(3) 事故発生日から180日以内であること

### ▼見舞金請求はいつするのか

(1) 事故発生日から180日以内に請求を

①治癒後、事故発生日から180日以内に請求してください。

②治療中でも、事故発生日から180日経過した時点ですぐに請求してください。

(2) 一事故に対する見舞金申請は1回限り

同一事故の再度申請はできません。

(3) 死亡の場合、後遺障害が生じた場合は、北海道町内会連合会に連絡を

①活動中の事故により180日以内に死亡された場合

②活動中24時間以内に病気で死亡された場合

③事故発生日から180日以内に後遺障害が生じた場合は、北海道町内会連合会にご連絡ください。

### ▼見舞金の送金はいつか

(1) 見舞金は年4回送金

見舞金は、年4回（6月・9月・12月・3月）の共済審査委員会の審査で決定されます。

結果は、北海道町内会連合会から申請者（正会員組織の連合町内会長、あるいは準会員組織の単位町内会長）あて、通知のうえ、申請者の指定口座に送金します。送金されたなら、すぐに被害者にお渡しいただき、見舞金支給報告書により北海道町内会連合会あて報告してください。

### 3. 請求に必要な書類

見舞金の請求に必要な書類は、下記のとおり事故・見舞金の種類ごとに異なります。  
25・27・29・31ページの様式をコピーの上、記入例を参考にご記入ください。

また、北海道町内会連合会ホームページ（[www.d-choren.or.jp](http://www.d-choren.or.jp)）にも、ワードファイルで用意しています。トップページ左下のボタンをクリックして、ご活用ください。



| (1) 傷害見舞金                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>治療のために被害者が実際に負担した医療費</b><br><br>※支給上限10万円<br>※医師等の診断書（治癒証明書）文書料は一事故5,000円を限度に実費支給 | 必要な書類                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                      | ①【様式第5号】共済見舞金支給申請書<br>②【様式第6号】事故報告書<br>③【様式第7号—1、2】診断書（治癒証明書）等<br>※通院した日が5日（1日～5日）以内の事故の場合は不要<br>④通院した日が5日（1日～5日）以内の事故は、受診時の明細書と領収書（コピー可）を全て添付<br>⑤その他事故の証明に参考となるもの（行事計画書、プログラム、会報、呼び掛け文書等のうち、いずれか一点）<br>⑥医師等の診断書（治癒証明書）文書料の領収書<br>※通院した日が5日（1日～5日）以内の事故の場合は除く<br>⑦薬代・補装具代の明細書と領収書（コピー可） |

| (2) 死亡見舞金B（外因・外傷の事故によらない死亡）                                           |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 外因・外傷の事故ではない活動中の死亡に対して支給。発生後、24時間以内に死亡の場合。<br><br><b>&lt;10万円&gt;</b> | 必要な書類                                                                                                |
|                                                                       | ①【様式第5号】共済見舞金支給申請書<br>②【様式第6号】事故報告書<br>③死亡診断書<br>④その他事故の証明に参考となるもの（行事計画書、プログラム、会報、呼び掛け文書等のうち、いずれか一点） |

※下記の場合は、北海道町内会連合会（TEL 011-271-3178）までご連絡ください。

|                                  |                                                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(3) 死亡見舞金A（外因・外傷の事故による死亡）</b> | 外因・外傷の事故による死亡に対して支給。事故発生日から180日以内に死亡の場合。<br><br><b>&lt;200万円&gt;</b>          |
| <b>(4) 後遺障害見舞金</b>               | 事故発生日から180日以内に後遺障害が生じた場合、程度により支給。<br>なお、傷害見舞金は別途支給。<br><b>&lt;最高200万円&gt;</b> |

## 様式第5号

〔正会員の場合は、連合町内会が記入〕  
〔準会員の場合は、単位町内会が記入〕

(様式第5号)

平成 27 年 12 月 11 日

提出年月日を記入。  
事故日から180日  
以内が対象。

一般社団法人

北海道町内会連合会 様

(申請者/連合町内会長)(準会員の場合は単位町内会長)

|      |              |                                            |
|------|--------------|--------------------------------------------|
| 事務所  | 住所           | (〒060-0002) 札幌市中央区北二条西7丁目<br>北海道社会福祉総合センター |
| 電話番号 | 011-271-3178 |                                            |
| 組織名  | 〇〇市町内会連合会    |                                            |
| 代表者名 | 会長 〇〇 〇〇 (印) |                                            |

### 一般社団法人北海道町内会連合会共済見舞金支給申請書

|                                    |                       |                                                |                  |              |      |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|------------------|--------------|------|
| 審査番号                               | ※第 号                  | ふりがな<br>被害者名                                   | かとう かずお<br>斎藤 一夫 | 本会確認<br>加入番号 | ※第 号 |
| 会員名<br>(共済加入者名)                    | 同上                    |                                                |                  | 続柄           | 本人   |
| 添付書類<br>(添付書類に<br>〇印を付けて<br>ください。) | <input type="radio"/> | 1. (様式第6号) 事故報告書                               |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 2. (様式第7号-1、2) 診断書(治癒証明書)等(通院した日が5日以内の場合は不要)   |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 3. 通院した日が5日以内の事故は、受診時の明細書・領収書を全て添付             |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 4. 事故の証明に参考となるもの(行事計画書、プログラム、会報、呼び掛け文書等)       |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 5. 医師等の診断書(治癒証明書) 文書料の領収書(通院した日が5日以内の事故の場合は除く) |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 6. 薬代・補装具代の明細書・領収書                             |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 7. 死亡診断書(死亡の場合)                                |                  |              |      |
|                                    | <input type="radio"/> | 8. その他[ ]                                      |                  |              |      |

※印の欄は記入し  
ない。

※印の欄は記入し  
ない。

左記会員と被害者  
との関係を記入。  
(例：本人、妻等)

添付書類に〇印を  
付す。

|                  |       |                     |
|------------------|-------|---------------------|
| 送金先<br>(申請者あて送金) |       |                     |
| 振込銀行             | 振込先銀行 | 北洋 銀行 信用金庫 道庁 本店 支店 |
|                  | 預金種目  | 普通 当座               |
|                  | 口座番号  | 0123456             |
|                  | 口座名義  | 〇〇市町内会連合会 会長 〇〇     |

送金先は、申請者  
(連合町内会、準  
会員の場合は単位  
町内会) となりま  
す。  
被害者へは直接送  
金されません。

(注1) ※印の欄は記入しないでください。

(注2) 準会員の場合、申請者欄は単位町内会となります。

(注3) 見舞金の送金先は、申請者あてとなりますので、ご注意ください。

(注4) 記入いただいた情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給申請に係る問合せ、決定通知、送金のために利用します。

見舞金の送金先は、連合町内会です。準会員の場合は、単位町内会となります。

- ・様式は右ページをコピーしてご使用ください。
- ・本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

(様式第5号)

平成 年 月 日

一般社団法人

北海道町内会連合会 様

(申請者／連合町内会長) (準会員の場合は単位町内会長)

|         |      |      |
|---------|------|------|
| 事務局     | 住 所  | (〒 ) |
|         | 電話番号 |      |
| 組 織 名   |      |      |
| 代 表 者 名 |      | 印    |

一般社団法人北海道町内会連合会共済見舞金支給申請書

|                                       |      |                                                |      |
|---------------------------------------|------|------------------------------------------------|------|
| 審査番号                                  | ※第 号 |                                                |      |
| ふりがな<br>被害者名                          |      | 本会確認<br>加入番号                                   | ※第 号 |
| 会 員 名<br>(共済加入者名)                     |      | 続 柄                                            |      |
| 添 付 書 類<br>(添付書類に<br>○印を付けて<br>ください。) |      | 1. (様式第6号)事故報告書                                |      |
|                                       |      | 2. (様式第7号-1、2)診断書(治癒証明書)等(通院した日が5日以内の事故の場合は不要) |      |
|                                       |      | 3. 通院した日が5日以内の事故は、受診時の明細書・領収書を全て添付             |      |
|                                       |      | 4. 事故の証明に参考となるもの(行事計画書、プログラム、会報、呼び掛け文書等)       |      |
|                                       |      | 5. 医師等の診断書(治癒証明書)文書料の領収書(通院した日が5日以内の事故の場合は除く)  |      |
|                                       |      | 6. 薬代・補装具代の明細書・領収書                             |      |
|                                       |      | 7. 死亡診断書(死亡の場合)                                |      |
|                                       |      | 8. その他[ ]                                      |      |

|                    |                 |            |          |
|--------------------|-----------------|------------|----------|
| 送 金 先<br>(申請者あて送金) |                 |            |          |
| 振 込 銀 行            | 振込先銀行           | 銀行<br>信用金庫 | 本店<br>支店 |
|                    | 預 金 種 目         | 普通         | 当座       |
|                    | 口 座 番 号         |            |          |
|                    | ふりがな<br>口 座 名 義 |            |          |

(注1) ※印の欄は記入しないでください。

(注2) 準会員の場合、申請者欄は単位町内会となります。

(注3) 見舞金の送金先は、申請者あてとなりますので、ご注意ください。

(注4) 記入いただいた情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給申請に係る問合せ、決定通知、送金のために利用します。

# 様式第 6 号

## 〈被害者が所属する単位町内会が記入〉

(様式第 6 号)

### 事故報告書

※印の欄は記入しない。

※印の欄は記入しない。

町内会の行事名を記入。

できるだけ詳細に記入。

受診した病院名等を記入。

受診した医師等の診断名を記入。通院が 5 日(1 日～5 日)以内の事故の場合には、医師等に正確な傷病名を聞いて記入してください。

事故発生日から、治癒した日までを記入。治癒していない場合は、申請日までを記入。

負傷した部分を下記の分類で記入。  
1. 手 5. 頸部  
2. 足 6. 体幹  
3. 頭部 7. 上肢  
4. 顔面 8. 下肢

該当するものに○印を付す。

ケガが治った年月日を記入。

被害者が所属する町内会長。町内会長が被害者の場合は、副会長が報告者となります。

|        |                                                                                                                                                                                       |                                            |          |                  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|------------------|
| 審査番号   | ※第                                                                                                                                                                                    | 号                                          |          |                  |
| 町内会名   | A町内会                                                                                                                                                                                  |                                            | 本会確認加入番号 | ※第 号             |
| 住 所    | (〒060-0002) 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 (Tel 011-271-3176)                                                                                                                                      |                                            |          |                  |
| 被害者    | ふりがな                                                                                                                                                                                  | ひいろ かがお                                    | 町内会役職名   | 体育部長             |
|        | 氏 名                                                                                                                                                                                   | 斉藤 一夫 (男)・女                                | 年齢       | 54               |
| 日 時    | 平成 27 年 10 月 10 日 (土 曜 日) 14 時 30 分                                                                                                                                                   |                                            |          |                  |
| 場 所    | 植物園前グラウンド                                                                                                                                                                             |                                            |          |                  |
| 行事計画名  | 町内会対抗ソフトボール大会                                                                                                                                                                         |                                            | 参加者数     | 30 名             |
| 事故発生状況 | 原因と経過<br>(できるだけ詳細にご記入ください)<br>町内会対抗ソフトボール大会に選手として出場。バッターとして塁ベースに滑り込んだ際に、右足に急激な痛みが走り、競技が続けられなくなった。救急車で整形外科に運ばれ受診した結果、右アキレス腱断裂と診断され 28 日間入院、その後 5 日間通院し治癒した。競技前に準備運動をしっかりとったが原因と反省している。 |                                            |          |                  |
| 治療状況   | 医療機関・整骨院名                                                                                                                                                                             | 植物園前整形外科                                   | 傷 病 名    | 右アキレス腱断裂         |
|        | 治療期間                                                                                                                                                                                  | 自平成 27 年 10 月 10 日 57 日間 至平成 27 年 12 月 5 日 | 負傷部位     | 下肢               |
|        | 治療状況                                                                                                                                                                                  | 治癒・治療中・死亡                                  | 治癒年月日    | 平成 27 年 12 月 5 日 |
|        | 後遺障害                                                                                                                                                                                  | 有・無 (該当する方に○印を付けてください。)                    |          |                  |
|        | ★通院した日が 5 日(1～5 日)以内の事故記入欄<br>治療経過をできるだけ詳細にご記入ください。<br>通院した日が 5 日以上<br>の事故の場合、記入しない。                                                                                                  |                                            |          |                  |
|        | ・通院した日が 5 日(1～5 日)以内の事故は、様式第 7 号-1、2 が不要です。<br>・通院・薬局分の明細書・領収書(コピー可)を全て添付してください。                                                                                                      |                                            |          |                  |
| 報 告 者  | 住 所                                                                                                                                                                                   | 〒060-0002 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目                |          |                  |
|        | 町内会名                                                                                                                                                                                  | A町内会                                       |          |                  |
|        | 代表者名                                                                                                                                                                                  | 会長 大橋 一雄                                   |          |                  |

- (注 1) ※印の欄は、記入しないでください。  
 (注 2) 太枠の★印の欄は、通院した日が 5 日(1 日～5 日)以内の事故の場合のみ記入してください。  
 (注 3) 通院した日が 5 日(1 日～5 日)以内の事故は様式第 7 号-1、2 が不要です。  
 (注 4) 記入いただいた個人情報、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために利用します。

### 通院が 5 日以内の記入例 (上記とは別の傷病名の記入例です。)

|                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ★通院した日が 5 日(1～5 日)以内の事故記入欄<br>治療経過をできるだけ詳細にご記入ください。<br>両膝打撲、裂傷処置のため 2 日<br>通院し、その後、1 週間後に治癒した。<br>・通院した日が 5 日(1～5 日)以内の事故は、様式第 7 号-1、2 が不要です。<br>・通院・薬局分の明細書・領収書(コピー可)を全て添付してください。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

★通院が 5 日(1 日～5 日)以内の事故の場合は、受診時の明細書・領収書(コピー可)を全て添付してください。

- ・様式は右ページをコピーしてご使用ください。
- ・本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

(様式第 6 号)

## 事故報告書

|                                                                                    |                             |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|----------|---------|------------|-----------|---|----|--|
| 審査番号                                                                               |                             | ※第                      |   | 号        |         |            |           |   |    |  |
| 町内会名                                                                               |                             |                         |   | 本会確認加入番号 |         | ※第         |           | 号 |    |  |
| 被害者                                                                                | 住所                          | (〒 )                    |   |          | (Tel )  |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | ふりがな<br>氏 名                 |                         |   |          | 男・女     | 町内会<br>役職名 |           |   | 年齢 |  |
| 事故発生状況                                                                             | 日 時                         | 年 月 日 ( 曜日 )            |   |          | 時 分     |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 場 所                         |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 行事計画名                       |                         |   |          |         |            | 参加者数      |   |    |  |
|                                                                                    | 原因と経過<br>(できるだけ詳細にご記入ください。) |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|                                                                                    |                             |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
| 治療状況                                                                               | 医療機関・整骨院名                   |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 傷 病 名                       |                         |   |          | 負 傷 部 位 |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 治 療 期 間                     | 自                       | 年 | 月        | 日       | 治療の状況      | 治ゆ・治療中・死亡 |   |    |  |
|                                                                                    |                             | 日間                      |   |          |         | 治ゆ年月日      |           |   |    |  |
|                                                                                    |                             | 至                       | 年 | 月        | 日       | 死亡年月日      |           |   |    |  |
|                                                                                    | 後 遺 障 害                     | 有・無 (該当する方に○印を付けてください。) |   |          |         |            |           |   |    |  |
| <b>★通院した日が5日(1～5日)以内の事故記入欄<br/>治療経過をできるだけ詳細にご記入ください。</b>                           |                             |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
| <b>・通院した日が5日(1～5日)以内の事故は、様式第7号-1、2が不要です。<br/>・通院・薬局分の明細書・領収書(コピー可)を全て添付してください。</b> |                             |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
| 報 告 者                                                                              | 住 所                         |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 町内会名                        |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |
|                                                                                    | 代表者名                        |                         |   |          |         |            |           |   |    |  |

(注1) ※印の欄は、記入しないでください。

(注2) 太枠の★印の欄は、通院した日が5日(1日～5日)以内の事故の場合のみ記入してください。

(注3) 通院した日が5日(1日～5日)以内の事故は様式第7号-1、2が不要です。

(注4) 記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために利用します。

# 様式第7号—1

## 受診した医療機関が記入 通院した日が5日(1～5日)以内の事故の場合は不要

(様式第7号—1)

### 診断書(治癒証明書) 医療機関用

|                                                                                                                                                |                                  |                           |                                          |                    |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|--------------------|-------|------|
| 被害者<br>氏名                                                                                                                                      | 住所                               | (〒060-0002) 札幌市中央区北2条西7丁目 |                                          | (TEL 011-271-3178) |       |      |
|                                                                                                                                                | 氏名                               | 斉藤 一夫                     | 性別                                       | 男                  | 年齢    | 54   |
| 受傷年月日                                                                                                                                          | 平成27年10月10日 受傷                   | 傷病名                       | 右アキレス腱断裂                                 |                    |       |      |
| 受傷場所                                                                                                                                           | 本通物園前グラウンド                       |                           |                                          |                    |       |      |
| 初診年月日                                                                                                                                          | 平成27年10月10日 初診                   |                           |                                          |                    |       |      |
| 入院期間                                                                                                                                           | 自平成27年10月10日 28日間<br>至平成27年11月6日 | 通院期間                      | 自平成27年11月7日 29日間<br>至平成27年12月5日          |                    |       |      |
| 治療の経過(できるだけ詳細にご記入ください)                                                                                                                         |                                  | 治癒年月日                     | 平成27年12月5日 治癒<br>(治療中の場合は○印を付けてください) 治療中 |                    |       |      |
| 治療内容・手術内容・経過をできるだけ詳細に記入してもらう。<br>▶ ソフトボールの競技中に受傷<br>同日初診<br>上記診断、手術目的で入院<br>10月13日 アキレス腱縫合手術<br>10月26日より装具にて歩行訓練を開始<br>11月6日退院<br>その後リハビリのため通院 |                                  | 外来入院日数・診療報酬点数・自己負担額       |                                          |                    |       |      |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 日数                                       | 診療報酬点数             | 自己負担額 |      |
|                                                                                                                                                |                                  | 10月                       | 外来                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 22日                | 000点  | 000円 |
|                                                                                                                                                |                                  | 11月                       | 外来                                       | 4日                 | 000点  | 000円 |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 6日                 | 000点  | 000円 |
|                                                                                                                                                |                                  | 12月                       | 外来                                       | 1日                 | 000点  | 000円 |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  | 月                         | 外来                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 日                  | 点     | 円    |
| 後遺障害の場合その内容<br>▶ なし                                                                                                                            |                                  | 月                         | 外来                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  | 月                         | 外来                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  | 月                         | 外来                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 日                  | 点     | 円    |
|                                                                                                                                                |                                  | 合計                        | 外来                                       | 5日                 | 000点  | 000円 |
|                                                                                                                                                |                                  |                           | 入院                                       | 28日                | 000点  | 000円 |

誰にでも読める字で記入してもらう。

治癒していない場合は、治療中に○印を付けてもらう。

「外来入院日数」「診療報酬点数」「自己負担額」を月毎に外来と入院の欄にそれぞれ記入してもらう。

治療内容・手術内容・経過をできるだけ詳細に記入してもらう。

後遺障害の疑いがある場合に記入してもらう。

(注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。  
 (注2) 通院した日が5日(1日～5日)以内の事故は、本様式が不要です。  
 (注3) 医師の診断書(治癒証明書) 文書料の領収書を添付してください。  
 (注4) 医師の指示による薬代・補装具代の明細書と領収書(コピー可)を添付してください。

上記のとおり診断(証明)いたします。

平成27年12月5日

住 所  
医療機関名  
医 師 名  
電 話 番 号

( )

㊤

※記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために使用します。

本様式とあわせて、医師の診断書(治癒証明書) 文書料の領収書と  
 医師の指示による薬代・補装具代の領収書(コピー可)を全て添付してください。  
 なお、通院した日が5日(1～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

- ・様式は右ページをコピーしてご使用ください。
- ・本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。



## 診断書 (治ゆ証明書) 医療機関用

|                         |                       |                     |                                     |        |       |   |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------------|--------|-------|---|
| 被害者名                    | 住 所                   | (〒 ) (TEL )         |                                     |        |       |   |
|                         | 氏 名                   |                     | 性別 年齢                               |        |       |   |
| 受傷年月日                   | 年 月 日 受傷              |                     | 傷 病 名                               |        |       |   |
| 受 傷 場 所                 |                       |                     |                                     |        |       |   |
| 初診年月日                   | 年 月 日 初診              |                     |                                     |        |       |   |
| 入院期間                    | 自 年 月 日 日間<br>至 年 月 日 |                     | 通院期間 自 年 月 日 日間<br>至 年 月 日          |        |       |   |
| 治療の経過 (できるだけ詳細にご記入ください) |                       | 治ゆ年月日               | 年 月 日 治ゆ<br>(治療中の場合は○印を付けてください) 治療中 |        |       |   |
|                         |                       | 外来入院日数・診療報酬点数・自己負担額 |                                     |        |       |   |
|                         |                       |                     | 日数                                  | 診療報酬点数 | 自己負担額 |   |
|                         |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
| 入院                      | 日                     |                     | 点                                   | 円      |       |   |
| 月                       | 外来                    | 日                   | 点                                   | 円      |       |   |
|                         | 入院                    | 日                   | 点                                   | 円      |       |   |
| 後遺障害の場合その内容             |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       | 月                   | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       | 合計                  | 外来                                  | 日      | 点     | 円 |
|                         |                       |                     | 入院                                  | 日      | 点     | 円 |

(注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。

(注2) 通院した日が5日(1日～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

(注3) 医師の診断書(治ゆ証明書)文書料の領収書を添付してください。

(注4) 医師の指示による薬代・補装具代の明細書と領収書(コピー可)を添付してください。

上記のとおり診断(証明)いたします。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

電 話 番 号

( )

印

※記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために使用します。



# 様式第7号—2

## 受診した整骨院等が記入 通院した日が5日(1～5日)以内の事故の場合は不要

(様式第7号—2)

### 施術証明書 柔道整復師用

|                                                                  |       |                           |   |                 |                                           |        |       |    |
|------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|---|-----------------|-------------------------------------------|--------|-------|----|
| 被害者名                                                             | 住所    | (〒060-0002) 札幌市中央区北2条西7丁目 |   |                 | (TEL 011-271-3178)                        |        |       |    |
|                                                                  | 氏名    | 斉藤 一夫                     |   |                 | 性別                                        | 男      | 年齢    | 54 |
|                                                                  | 受傷年月日 | 平成27年10月10日 受傷            |   |                 |                                           |        |       |    |
|                                                                  | 受傷場所  | 植物園グラウンド                  |   |                 | 傷病名                                       | 右足関節捻挫 |       |    |
|                                                                  | 初診年月日 | 平成27年10月10日 初診            |   |                 |                                           |        |       |    |
| 治療の経過 (できるだけ詳細にご記入ください)                                          |       |                           |   | 通院期間            | 自平成27年10月10日 32日間<br>至平成27年11月10日         |        |       |    |
| ソフトボールの競技中に受傷<br>同日初診<br>電療、患部安静のため<br>テーピングによる圧迫固定<br>11月10日 治ゆ |       |                           |   | 治ゆ年月日           | 平成27年11月10日 治ゆ<br>(治療中の場合は○印を付けてください) 治療中 |        |       |    |
|                                                                  |       |                           |   | 通院日数・診療金額・自己負担額 |                                           |        |       |    |
|                                                                  |       |                           |   |                 | 通院日数                                      | 診療金額   | 自己負担額 |    |
|                                                                  |       |                           |   | 10月             | 16日                                       | 000円   | 000円  |    |
|                                                                  |       |                           |   | 11月             | 4日                                        | 000円   | 000円  |    |
|                                                                  |       |                           |   | 月               | 日                                         | 円      | 円     |    |
|                                                                  | 月     | 日                         | 円 | 円               |                                           |        |       |    |
|                                                                  | 月     | 日                         | 円 | 円               |                                           |        |       |    |
|                                                                  | 月     | 日                         | 円 | 円               |                                           |        |       |    |
|                                                                  | 月     | 日                         | 円 | 円               |                                           |        |       |    |
|                                                                  |       |                           |   | 合計              | 20日                                       | 000円   | 000円  |    |

誰にでも読める字で記入してもらう。

治ゆしていない場合は、治療中に○印を付けてもらう。

「通院日数」「診療金額」「自己負担額」を月毎にそれぞれ記入してもらう。

治療内容・経過をできるだけ詳細に記入してもらう。

(注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。

(注2) 通院した日が5日(1～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

上記のとおり証明いたします。

平成27年11月10日

住 所  
整骨院名  
柔道整復師名  
電話番号

( )

㊤

※記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために使用します。

通院した日が5日(1～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

- ・様式は右ページをコピーしてご使用ください。
- ・本様式は、本会ホームページにワードファイルでも用意しています。

## 施術証明書

柔道整復師用

|                         |          |      |                 |                                     |      |       |
|-------------------------|----------|------|-----------------|-------------------------------------|------|-------|
| 被害者名                    | 住所       | (〒 ) |                 | (TEL )                              |      |       |
|                         | 氏名       |      |                 | 性別                                  | 年齢   |       |
| 受傷年月日                   | 年 月 日 受傷 |      | 傷病名             |                                     |      |       |
| 受傷場所                    |          |      |                 |                                     |      |       |
| 初診年月日                   | 年 月 日 初診 |      |                 |                                     |      |       |
| 治療の経過 (できるだけ詳細にご記入ください) |          |      | 通院期間            | 自 年 月 日 日間<br>至 年 月 日               |      |       |
|                         |          |      | 治癒年月日           | 年 月 日 治癒<br>(治療中の場合は〇印を付けてください) 治療中 |      |       |
|                         |          |      | 通院日数・診療金額・自己負担額 |                                     |      |       |
|                         |          |      |                 | 通院日数                                | 診療金額 | 自己負担額 |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 月 日             | 円                                   | 円    |       |
|                         |          |      | 合計              | 日                                   | 円    | 円     |

(注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。

(注2) 通院した日が5日(1日～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

 住 所  
 整骨院名  
 柔道整復師名  
 電話番号

( )

㊞

※記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために使用します。

# 見舞金支給決定後、北海道町内会連合会が 申請者へ通知します

(様式第8号)

平成 年 月 日

申請者／連合町内会長（準会員の場合は単位町内会長）様

一般社団法人  
北海道町内会連合会会長

## 見舞金決定通知書

北海道町内会連合会共済規程第13条に基づく見舞金が次のとおり決定したので通知いたします。

なお、(1) 見舞金は速やかに被害者の方に支給のうえ、規程第14条による別添「見舞金支給報告書」を送付して下さい。

死亡見舞金A・後遺障害見舞金については、被害者あるいは家族に直接送金されますので、提出の必要はありません。

(2) 見舞金は見舞金支給申請書（様式第5号）の送金先に送金いたします。

・送金予定日 平成 年 月 日（ ）

### 記

| 審査<br>番号 | 被害者氏名 | 見舞金支給額 | 内 訳 |            |
|----------|-------|--------|-----|------------|
|          |       |        | 見舞金 | 医師等の診断書文書料 |
|          |       | 円      | 円   | 円          |
| 計        | 件     | 円      | 円   | 円          |

見舞金を被害者にお渡しいただいた後、  
北海道町内会連合会あて報告をしてください

(様式第9号)

平成 年 月 日

一般社団法人  
北海道町内会連合会 様

申請者／連合町内会長(準会員の場合は単位町内会長)

|           |           |
|-----------|-----------|
| 事務局<br>住所 | (〒      ) |
| 電話番号      |           |
| 組織名       |           |
| 代表者名      | (印)       |

## 見舞金支給報告書

北海道町内会連合会共済規程第14条に基づき、傷害見舞金を下記のとおり被害者に支給しましたので報告いたします。

### 記

|                             |      |     |      |
|-----------------------------|------|-----|------|
| 1. 被害者氏名                    |      |     |      |
| 2. 見舞金受領者<br>(被害者または家族)     | (住所) |     |      |
|                             | (氏名) | (印) | (続柄) |
| 3. 見舞金額                     | 円    |     |      |
| 4. 支給年月日                    | 年    | 月   | 日    |
| 5. 見舞金受渡者<br>(被害者に見舞金を渡した方) | (住所) |     |      |
|                             | (氏名) | (印) |      |
|                             | (役職) |     |      |

※記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給管理のために使用します。



## IV. 關係規程

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 一般社団法人北海道町内会連合会共済規程 ..... | 36 |
|---------------------------|----|

# 一般社団法人北海道町内会連合会共済規程

平成18年5月31日制定

平成20年5月28日改正

平成21年5月29日改正

平成27年5月27日改正予定

## 第1章 総 則

### （設 置）

第1条 この規程は、一般社団法人北海道町内会連合会（以下「道町連」という）定款第3条に基づき、町内会会員の共済見舞金に関する事項を定める。

### （目 的）

第2条 この事業は町内会・自治会々員の相互扶助の精神に則り、会員が町内会・自治会等（以下「町内会」という）の行事等を企画、準備し、地域の向上、住民福祉のため活動している最中、不慮の傷害（死亡も含む）事故がおきたとき、見舞金を支給することを目的とする。

### （事 業）

第3条 この事業は、前条の目的を達成するため、次の各号に掲げる事業を行う。

- (1) 町内会活動の「事故」に対する安全思想の普及
- (2) 町内会活動中の「事故」に対する見舞金の支給
- (3) その他、この規程の目的達成に必要な事業

## 第2章 加 入

### （会 員）

第4条 この会員は、一般社団法人北海道町内会連合会共済規程の趣旨に賛同し、会費を納めたものをもって構成する。

2. 前項にいう会員とは原則として世帯主とする。但し、町内会役職名により加入することができる。

### （会 費）

第5条 会員は、会費として年額200円を納入するものとする。但し、納入された会費はどのような理由があっても返還しない。

### （申 込）

第6条 この共済に加入しようとするときには、市区町村町内会連合会、あるいは地区別町内会連合会が単位町内会ごとにとりまとめて「加入申込書」（様式第1号）と「加入者名簿」（様式第2号-1・2）に会費を添えて申込みものとする。但し、準会員の場合は単位町内会が申込みこととする。

2. 年度途中の加入については第1項の定めに準じて加入手続きをしなければならない。

3. 町内会役職名により加入したものが会員権利の有効期間内に変更した場合は「加入者変更届」（様式第3号）を提出し、加入者の変更手続きをしなければならない。

### （権利発生と喪失）

第7条 会員の権利は、単位町内会が加入者を取りまとめ、加入者名簿を添えて会費を市区町村町

内会連合会、あるいは地区別町内会連合会に納入した翌日から発生する。但し、準会員の場合は一般社団法人北海道町内会連合会に加入者名簿を添えて会費を納入した翌日からとする。

2. 会員の権利は、有効期間満了の翌日から消滅する。但し、町内会役職名により加入したものは、役職を終えた翌日から消滅し、後任者がその残任期間の権利を引き継ぐ。
3. 共済期間は、当該年度の4月1日から3月31日までとし、年度途中の加入については権利発生日から3月31日までとする。
4. 次の各号に掲げる事由が生じた場合は、会員権利が喪失する。
  - (1) 会員が他市区町村へ転居した場合
  - (2) 会員が死亡した場合
  - (3) 会費を納入しない場合
  - (4) 町内会役職名により加入したものがその役職を終えた場合

### 第3章 運営委員会

(運営委員会)

第8条 この共済の運営に関する事項を審議するために運営委員会をおく。

2. 運営委員は、一般社団法人北海道町内会連合会理事若干名をもってこれにあたる。
3. 運営委員の任期は2年とし、再任を妨げない。
4. 運営委員会に関する必要な事項は別に定める。

### 第4章 審査委員会

(審査委員会)

第9条 この共済における適正な見舞金の支給をはかるために審査委員会をおく。

2. 審査委員は、学識経験者および一般社団法人北海道町内会連合会理事のうちから運営委員会にはかつて一般社団法人北海道町内会連合会会長が委嘱する。
3. 審査委員の任期は2年とし、再任を妨げない。
4. 審査委員会に関する必要な事項は別に定める。

### 第5章 業 務

(見舞金の支給)

第10条 会員が道内における町内会の行事、事業計画に基づいた活動中に生じた「事故によるけが、死亡、後遺障害」に対して見舞金を支給する。

(見舞金の種類および額)

第11条 見舞金は「傷害見舞金」「死亡見舞金A」「死亡見舞金B」「後遺障害見舞金」とする。

2. 「傷害見舞金」の支給額は、治療のために被害者が実際に負担した医療費のほかに医師の指示による薬代と補装具代とする。但し、「傷害見舞金」の支給限度額を10万円とする。
3. 「死亡見舞金A」は、活動中における、外因・外傷の事故による死亡に対して支給する。支給額は2,000,000円とし、事故発生後180日以内に死亡の場合とする。「死亡見舞金B」は、死亡見舞金Aに該当しない、活動中の死亡に対して支給する。支給額は100,000円とし、事故発生後24時間以内に死亡の場合とする。



4. 「後遺障害見舞金」の支給額は、北海道町内会連合会が団体契約する損害保険会社の普通傷害保険約款に基づき、後遺障害の程度により2,000,000円を限度とする。但し、事故発生後180日以内に生じた場合とする。
5. 「死亡見舞金A」と「後遺障害見舞金」は、北海道町内会連合会が団体契約する損害保険会社から支給する。
6. 医師等の診断書（証明）に必要な経費については一事故5,000円を限度に実費支給する。但し、通院5日以内に治癒した事故の場合は除く。本共済における医師等とは、医師、歯科医師、柔道整復師をいう。

（見舞金の請求）

第12条 見舞金の支給申請は、「市町村町内会連合会長、あるいは地区別町内会連合会長」が、準会員の場合は「単位町内会長」が行うものとし、治癒後速やかに次の各号に掲げる書類を事故発生後180日以内に一般社団法人北海道町内会連合会に提出しなければならない。但し、通院5日以内に治癒した事故の場合は診断書（治癒証明書）等の提出は不要とする。

- (1) 見舞金支給申請書（様式第5号）
- (2) 事故報告書（様式第6号）
- (3) 診断書（治癒証明書）等（様式第7—1・2号）
- (4) 事故の証明に参考となるもの
- (5) その他必要な書類

（見舞金の支給方法）

第13条 見舞金の支給が決定したときは、「見舞金決定通知書」（様式第8号）を送付し、その決定金額をあらかじめ指定された銀行等に振込むものとする。

2. 見舞金の支給を否決したときは、理由を付して、その旨文書で通知するものとする。

（支給の確認）

第14条 見舞金を受取った申請者は、受給権者に速やかに支給し、「見舞金支給報告書」（様式第9号）を北海道町内会連合会に送付しなければならない。

（見舞金支給の制限）

第15条 見舞金は次の各号に該当する場合は支給しない。なお、すでに支給を受けたものについては、その金額の返還を求めることがある。

- (1) 事故が本人の故意または重大な過失によって生じたとき。
- (2) 事故に虚偽の事実があったとき。
- (3) 申請または受領に不正の事実があったとき。
- (4) 事故が発生した日から180日を超えたとき。
- (5) 医療費の自己負担がなかったとき。
- (6) 交通事故は原則として対象としない。但し、次の場合を除く。
  - ・死亡見舞金A
  - ・後遺障害見舞金
  - ・医療費の自己負担額がある場合
- (7) 医学的他覚所見があるが、町内会活動との因果関係が不明なとき。

また、本人が頸部症候群や腰痛等の症状を訴えているが、それを裏付ける医学的他覚所見がなかったとき。

(審査に対する意見の申立)

第16条 会員は、見舞金支給の決定に疑義が生じたときには、第12条による申請代表者を通じて裁定後30日以内に一般社団法人北海道町内会連合会に申立てをすることができる。

## 第6章 財務および会計

(会計年度)

第17条 この共済の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

(経 費)

第18条 この共済の事業遂行に要する経費は会費、寄付金、その他の収入をもってあてる。

(残余金の処理)

第19条 この共済は会計年度において残金のあるときは、見舞金支給準備金にあてるものとする。

(一時借入金)

第20条 この共済を円滑に推進するために、一般社団法人北海道町内会連合会理事会の承認をうけて、一時借入をすることができる。

2. 前項による一時借入は、年度内に償還するものとする。ただし、資金不足のため償還することができない金額に限り、一般社団法人北海道町内会連合会理事会の議を経て借り換えることができる。

## 第7章 雑 則

(規程の変更)

第21条 この共済規程を改廃しようとするときは、一般社団法人北海道町内会連合会会員総会の承認を受けなければならない。

## 第8章 補 則

(委 任)

第22条 この共済規程の施行に関する必要な事項は、運営委員会において別に定める。

### 附 則

この規程は平成18年4月1日から施行する。

この規程は平成20年4月1日から施行する。

この規程は平成21年4月1日から施行する。

この規程は平成27年4月1日から施行する。

## 〈 参 考 〉

# 道町連共済のあゆみ

|          |                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 昭和58年10月 | 道町連共済がスタート。会費は一人200円。(現在も同額)                                                                                                                                                                                                          |
| 昭和60年4月  | 見舞金支給対象期間を実際に治療に要した日数(通院・入院日数)とする。                                                                                                                                                                                                    |
| 昭和61年4月  | 個人加入の場合のみ配偶者を代理と認めていたが、役職加入の場合でも同様に認めることになる。                                                                                                                                                                                          |
| 昭和62年4月  | 交通事故が対象となる。                                                                                                                                                                                                                           |
| 昭和63年5月  | 実治療期間5日以上となっていた見舞金支給制限を廃止する。                                                                                                                                                                                                          |
| 平成2年6月   | 保険会社と提携し、次のように見舞金支給の拡大をする。<br>①母子・父子家庭の場合は同居する子どものうち1名を代理と認める。<br>②居住する市町村内における事故から道内における事故ならどこでも見舞金の支給対象となる。<br>③死亡事故の見舞金は、事故から5日以内の死亡から180日以内の死亡に対象期間が大幅に拡大された。<br>④事故による後遺障害見舞金が新たに加わる。<br>⑤効力の発生が、単位町内会が連合町内会事務局に加入申込みをした翌日からとなる。 |
| 平成3年5月   | 医師の証明に必要な経費が一律3,000円から一事故5,000円を限度に実費支給となる。                                                                                                                                                                                           |
| 平成5年5月   | 平成5年度全道町内会活動研究大会を「道町連共済10周年記念」として開催                                                                                                                                                                                                   |
| 平成7年11月  | 共済検討委員会の設置                                                                                                                                                                                                                            |
| 平成8年2月   | 加入事務手続きの改正<br>①継続加入者の新年度加入手続きで2か月間の遡及期間を設ける。<br>②名簿の年齢記入を省略可能にする。                                                                                                                                                                     |
| 平成9年2月   | 共済検討委員会報告                                                                                                                                                                                                                             |
| 平成9年4月   | 共済検討委員会の報告を受け、次の4項目の改正<br>①代理範囲の拡大<br>配偶者、母子・父子家庭は子ども1名の代理範囲が同居する家族のうち1名に拡大。<br>②死亡見舞金B(10万円)の新設<br>外因・外傷の事故によらない活動中の死亡(24時間以内)に対して支給。<br>③軽傷事故見舞金(5千円)の新設<br>通院5日以内に治癒事故は一律5,000円を支給。<br>④申請手続きの簡素化<br>軽傷事故の診断書が不要となり、請求手続き後すぐ送金となる。 |
| 平成13年5月  | 道町連組織強化検討委員会の報告を受け、「準会員制度」が新設されるとともに、傷害見舞金(入院・通院)が30%増額となる。                                                                                                                                                                           |
| 平成17年4月  | 会員還元事業「防災活動研修会支援助成事業」がスタート                                                                                                                                                                                                            |
| 平成18年3月  | 有限責任中間法人北海道町内会連合会を設立し、共済契約の一部を移管。<br>「平成17年度中の共済契約者1,649名を有限責任中間法人に移管した。」                                                                                                                                                             |
| 平成18年4月  | 保険業法等の一部改正施行                                                                                                                                                                                                                          |
| 平成18年9月  | 北海道財務局へ「特定保険業者」の届出(有効期間は平成18・19年度)                                                                                                                                                                                                    |
| 平成20年4月  | 北海道財務局へ「特定保険業者の廃業等届出書」の提出。                                                                                                                                                                                                            |
| 平成20年4月  | 傷害見舞金の支給上限を10万円とし、保険業法の適用除外となる見舞金制度として、再スタートする。                                                                                                                                                                                       |
| 平成21年4月  | 公益法人制度改革関連3法(平成20年12月1日施行)により中間法人法が廃止され、「有限責任法人」から「一般社団法人」に自動的に移行。                                                                                                                                                                    |
| 平成21年5月  | 総会にて定款変更が承認され、法人登記上も「一般社団法人」として道町連共済を運営。                                                                                                                                                                                              |
| 平成25年5月  | 平成25年度全道町内会活動研究大会を「道町連共済30周年記念」として開催<br>総会で「共済検討委員会の設置／平成25・26年度2年間」を提案、承認                                                                                                                                                            |
| 平成26年3月  | 共済検討委員会一次答申                                                                                                                                                                                                                           |
| 平成26年5月  | 共済検討委員会一次答申を受け、「傷害見舞金」改正を平成27年4月1日から施行することとし、1年前の改正を総会で提案、承認                                                                                                                                                                          |
| 平成27年3月  | 共済検討委員会最終答申                                                                                                                                                                                                                           |
| 平成27年5月  | 共済検討委員会最終答申を受け、共済規程の一部改正を平成27年4月1日から施行するよう総会で提案予定。                                                                                                                                                                                    |

一般社団法人  
北海道町内会連合会事務局のご案内

〒060-0002

札幌市中央区北2条西7丁目

北海道社会福祉総合センター（かでの2・7）

TEL 011-271-3178

FAX 011-271-3956

E-mail info@d-choren.or.jp

ホームページ <http://www.d-choren.or.jp>

業務時間 午前8時45分～午後5時30分

（土・日・祝日および年末年始は休業）

会費振込金融機関 北海道銀行 道庁支店 普通 0346000

道町連共済

# 事務手続きの手引

改定保存版

発 行 2015年3月

発行者 一般社団法人 北海道町内会連合会

札幌市中央区北2条西7丁目

北海道社会福祉総合センター(かでの2・7)

TEL 011-271-3178

FAX 011-271-3956

E-mail [info@d-choren.or.jp](mailto:info@d-choren.or.jp)

ホームページ <http://www.d-choren.or.jp/>