

保険手続きについて【保護者用】

2022年3月作成

▼ 保険内容について

- 事故の日からその日を含めて **180日以内**の死亡、後遺障害、入院、手術、通院について保険金が支払われます。通院保険金の支払日数は、1事故について **30日**が限度となります。
- 通院は1日約1,500円の支給（ケガの内容で金額は変わってきます）
- 入院の場合と、通院の場合では提出資料が変わってきます。（「保険手続きの資料」の郵送物の中に詳細内容は記載があります。）
- 領収書があるときがあるので、病院に行ったときには領収書を残しておいてもらう。

▼ けがをした時の保険手続き方法

【 資料内容 】

- 「スポーツ安全保険事故通知」：保護者から保険担当に怪我の詳細内容案内する用紙
- 「保険手続きの書類」：保険会社より保護者に郵送される保険請求する資料。

【「スポーツ安全保険事故通知」のやり取り手順 ① ～ ④】

- ① 「スポーツ安全保険事故通知」の用紙を学年ヘッドコーチから保護者さんに渡して頂き、怪我時の詳細内容を用紙に記載してもらう。

<※保護者さんへ>

- ・ 保険適用期間は、怪我した日から **180日以内**。通院回数は **30回が限度**。
- ・ 通院時の領収書が必要になることがあるので領収書の保管をお願いします。
- ・ 「スポーツ安全保険事故通知」の用紙記入後コピーを取ってもらい保管してもらう。
- ・ 怪我した後は速やかに「スポーツ安全保険事故通知」を提出してもらう。

- ② 保護者より学年ヘッドコーチに「スポーツ安全保険事故通知」提出。
- ③ 「スポーツ安全保険事故通知」を学年ヘッドコーチより保険担当者に提出。
- ④ 保険担当者が「スポーツ安全保険を事故通知」を預かり、WEBで保険手続き開始。

【「保険手続きの書類」のやり取りから保険金支払いまでの手順 ⑤ ～ ⑪】

- ⑤ 保険手続き開始後に東京海上日動より「保険手続きの書類」が保護者宅に郵送される。
- ⑥ 「保険手続きの書類」に詳細内容を保護者に記載して頂き学年ヘッドコーチへ提出。

＜※保護者さんへ＞

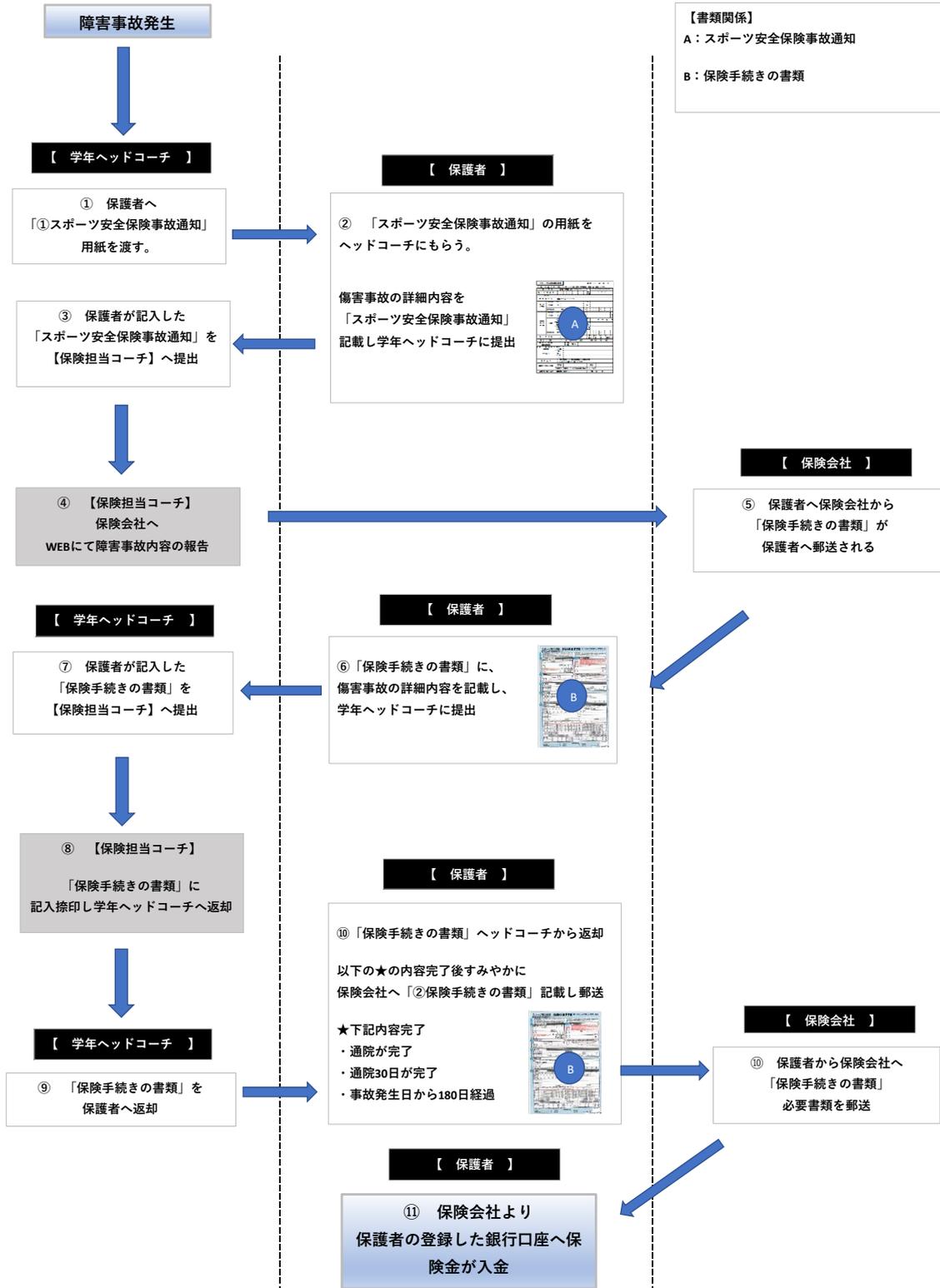
- ・最初に提出した「スポーツ安全保険事故通知」のコピーを参考にして詳細を記載
 - ・保護者の印鑑が必要で、1枚目と2枚目に捺印が必要
- ⑦ 学年ヘッドコーチから保険担当者に「保険手続きの書類」を提出
 - ⑧ 保険担当者が、代表者名、スクールの受付番号を記載し、代表者印を捺印して学年ヘッドコーチに「保険手続きの書類」を返還する。
 - ⑨ 学年ヘッドコーチより保護者へ「保険手続きの書類」を返還する。
 - ⑩ 保護者が「保険手続きの書類」を保険会社に郵送にて提出する。

＜※保護者さんへ＞

- ・通院が完了するか、半年間の通院が完了するかどちらかの終了時に「保険手続きの書類」を保険会社に提出する
- ⑪ 「保険手続きの書類」に記載した保護者の銀行口座に保険料が振り込まれます。

尼崎ラグビースクール・傷害事故報告フロー

2021年 1月 作成



【 スポーツ安全保険事故通知 】

< 記入例 >

スポーツ安全保険事故通知		記入日 20 年 月 日		
次の通り 傷 害 保 険 の事故がありましたので「個人情報の利用目的」に同意の上、通知いたします。				
ご 加 入 方 法	<input type="checkbox"/> 加入依頼書 <input checked="" type="checkbox"/> インターネット		インターネット加入の場合は、記入の必要はありません。	
加入 依 頼 番 号			加入 支部 兵 庫 県	
フリガナ	記入必要なし			
所 属 団 体 名	尼崎ラグビースク			
団 体 代 表 者	フリガナ	セイ	メイ	
	お名前	姓	名	
	日中連絡先	自宅		
負傷者 または 被災者	フリガナ	セイ	メイ	
	お名前	姓	名	
	ご住所	〒	6 6 0 - 0 0 7 2	生年月日 (西暦) 2000年 1 月 1日(歳)
		都道府県	兵庫県	市区町村 尼崎市
		丁目以降	2001/1/1	マンション名 部屋番号
日中連絡先	自宅 携帯 勤務先	0 9 0 -	× × × × - × × × ×	
加入 手 続 日	20 年 月 日	記入必要なし	加入 区分 A1 AW A2 C B D 短期スポーツ教室	
事 故 の 日 時	20 年 月 日 曜日 午前 午後 時 分頃			
事 故 の 場 所 (施設名等詳細)	兵庫県	施設名	武庫川河川敷	
事 故 の 詳 細 状 況 活動内容	何をしていた時	タックルの練習中、パスの練習中 試合中		
	何が起きて	相手にタックルした後、ラックプレーで足を踏まれた、ボールが指にあたって、		
	どうなったか	右足をくじく、 地面と相手に挟まれて意識を失った。突き指をした		
活 動 区 分	①、団体活動中 ②、団体活動場所への経路往復中 ③、1.2以外(AW区分でご加入のみ対象)			
傷害または被災の内容	傷病名	脳震盪、靭帯損傷、骨折、捻挫	部位 左手小指、手首、膝	
	熱中症または細菌性・ウイルス性食中毒の場合はチェック⇒ <input type="checkbox"/>			
治療状況(見込み含む) < 傷害保険の通知のみ > 通院の上ギプスで固定、通院	(入院) 有 ・ 無			

【 保険手続きの資料 】

保険担当コーチが記載する場所の為、
 2, 団体代表者証明印
 4, 加入内容
 保護者記入なしで、空白で大丈夫です。

スポーツ安全保険 傷害保険金請求書 (兼 治療状況報告書 兼 事故証明書)
 東京海上日動火災保険株式会社 宛

1 おけがをされた方 (※本欄は忘れなくご記入ください)

請求年月日 20 年 月 日
 〒 日中連絡先 ()
 住所
 氏名 (男・女・才) 年 月 日生
 印 (請求する保険金の種類: 通院 入院 手術 建具費 死亡)

2 団体代表者証明印
 〒 TEL ()
 住所
 氏名 印
 下記は事実と相違ないことを証明いたします (治療状況を除く)。

3 保険金支払先
 [] 銀行 信用組合 [] 支店
 [] 信用金庫 農協 [] 支所
 普通・総合 口座番号 [] 口座番号 []
 口座名義 (※必ず記入)

4 加入内容
 団体の名称 加入保険料または
 団体の活動内容 団体の所在地 市・区
 加入方法 加入依頼書 インターネット 加入区分 A1 短期スポーツ教室 A2 C B D
 AC (※20年未満の加入区分)

5 事故の内容
 日時 20 年 月 日 () 曜 午前 午後 時 分 場所
 1 団体活動中 (活動内容:) 2 経路往復中 3 左記以外 (AW区分のみ)
 (状況) 何をしているとき 何が起きて どのようになったか
 その他詳しい情報
 事故日時時点で有効な運転免許証の有無 (車を運転中の場合のみ) 無 有 有効期限 年 月 日

6 治療状況
 ご請求の際のご注意 今目のおけがで、医師から身体に障害が残ることを指摘されているときは、後述障害に関する保険金をお支払いできる場合がございます。
 詳しくは、東京海上日動の担当までお問い合わせください。

おけがの部位 頭 顔 頸 肩 腕 肘 膝 足 指 (右左) 胸(手指以外)・(右左)手根 (左記以外)
 おけがの状態 打撲 切傷 擦傷 捻挫 骨折 脱臼 骨折 脱臼 骨折 脱臼 (骨折名)
 医療機関 名称 所在地 名称 所在地
 TEL () 担当医師名 TEL () 担当医師名

記入した日(右欄内容)について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。

入院 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 計
 通院 医師に通院治療を受けた日に○印を付けてください。2か所以上の医療機関を通院された場合は、△・□印等で区別してください。

治療内容
 手術 手術名(もしくは手術番号) 手術日 20 年 月 日 先進医療 該当する 該当しない
 手術名(もしくは手術番号) 手術日 20 年 月 日 先進医療 該当する 該当しない

固定具の使用 医師等の指示により固定具を常時装着した期間
 ※「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まれます。

固定具の種類 固定具の種類 靴底または、
 脚部の固定有無 脚部の固定有無
 固定具の使用 20 年 月 日から ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ 無 有 無 有
 20 年 月 日まで その他() 無 有
 20 年 月 日から ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ 無 有 無 有
 20 年 月 日まで その他() 無 有

(※) 診断書の提出要否については、(3) 診断書の提出についてをご覧ください。

保険会社記入欄
 死亡保険金 円 入院保険金 円 満期保険金 円
 後遺障害保険金 円 手術保険金 円 支払年月日 年 月 日

A04-88180(6) 改定201812