

5 スポーツ安全保険 傷害保険金請求書の記入例

- ・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
- ・ご記入内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。
- ※枠からはみ出さないようにご記入ください。付箋等は貼り付けしないでください。

スポーツ安全保険 傷害保険金請求書 (兼 事故証明書)

東京海上日動火災保険株式会社 宛 **※枠からはみ出さないようにご記入ください。付箋等は貼り付けしないでください。**

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
 2. 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
 3. 私は、貴社が本請求書に記載された個人情報(公財)スポーツ安全協会が実施するスポーツ活動等の普及奨励に関する事業や、スポーツ活動等における事故防止の推進事業のために同協会へ提供することに同意します。

<個人情報利用目的>
 お客様の個人情報につきましては、左記3.その他、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社即ち東京海上日動火災保険(株)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種顧客サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
 (※)詳しくは、弊社ホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

同意事項

1 **保険金請求者** ▶原則としておけがをされた方が本人が保険金請求者となります。おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

記入日	20XX年 7月 25日	郵便番号	100-8050
住所	東京都 千代田区丸の内	マンション名/部屋番号	
フリガナ	ホケン シロウ	おけがをされた方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()
氏名	保険 次郎		
おけがをされた方	保険 花子	TEL	03-1234-5678
生年月日(西暦)	△△△△年 4月 20日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
日中連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		

2 **保険金振込先**

金融機関名	マルノウチ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
支店名	丸の内	<input type="checkbox"/> 信託 <input type="checkbox"/> 農協	<input checked="" type="checkbox"/> 支店	店番(3ケタ) 口座番号(右括弧でご記入ください)
口座名義(カタカナ)	ホケン シロウ	<input type="checkbox"/> 支所	123	123456
ゆうちょ銀行	通帳の郵便番号(口座開設(送金機能)欄に○があることをご確認ください)	通帳記号(5ケタ)	1	

3 **加入内容** ▶ご加入内容については団体代表者にご確認ください。

所属団体名 **日本学生陸上競技連合** 加入依頼番号 **123456789**

4 **事故の内容** ▶事故日が受付時と異なる場合は、二重線で修正の上記載してください。

発生日時	2020年 5月 5日	<input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	3時:00分頃
場所	東京都 渋谷区〇×町××	△△テニスコート	
状況	何をしていたとき	テニスの練習中	
	何が起きて	サーブを受けようと走り込んだところ	
	どのようななったか	転倒した。	
事故日時時点で有効な運転免許の有無(自動車・自動二輪車・原動機付自転車を運転中の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

5 **団体代表者証明** ▶事故日時時点の団体代表者が記名・捺印ください。ただし、おけがをされた方が団体代表者ご自身またはその同居の親族の場合は、代表者以外の団員(団員名簿に記載されている成人の方)が自ら記名・捺印ください。AW区別の個人活動中の事故以外は必ず必要です(個人活動中とは、団体活動中以外・団体活動への往復途上以外をいいます)。団体代表者に連絡する場合があります。

ご加入の内容・事故の内容に相違がないことを証明いたします。

フリガナ	アンシン タロウ	氏名	安心 太郎
------	----------	----	-------

6 **捺印**

7 **署名**

8 **日本学連で記入します。**

1 おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

2 おけがをされた方が未成年の場合は、親権者の方の日中連絡先をご記入ください。

3 お手元の通帳、カードなどをご確認のうえ正確にご記入ください。
 ゆうちょ銀行をご指定の場合には、ゆうちょ銀行通帳の左上に印字されている、通帳記号5ケタ・通帳番号8ケタ(末尾は「1」)をご記入ください。

4 加入内容については、団体代表者が保管している以下の書類をご確認ください。
 ○インターネット(スポ安ねっと)でご加入の場合
 →団体員名簿
 ○上記以外の場合
 →加入依頼書

5 事故が発生した年度の加入依頼番号をご記入ください。

6 スポーツ中のおけがの場合はスポーツ名も必ずご記入ください。

日本学連で記入します。(日本学連会長の署名・捺印が必要なため)

7 事故日時時点の代表者が記名・捺印ください。ただし、おけがをされた方が団体代表者ご自身またはその同居の親族である場合は、代表者・ご家族以外の団員(団員名簿に記載されている成人の方(団員が未成年の場合はその親権者の方))が記名・捺印ください。

•ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
 ・ご記入の内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。なお、通院欄の訂正箇所にはご捺印不要です。

※枠からはみ出さないようにご記入ください。付箋等は貼り付けしないでください。

治療状況記入書

※必ずご記入をお願いします。
 ※枠からはみ出さないようにご記入ください。
 ※付箋等を貼り付けしないでください。

8 おけがされた部位が2か所以上ある場合、一番重いおけがについてチェックしてください。

9 3か所以上の医療機関で治療された場合は、別紙にご記入のうえ同封してください。(付箋のように貼付けはしないでください。)

10 通院欄を訂正する場合は下記のように二重線で訂正をお願いします(捺印は不要です)。



•治療処置を伴わない薬剤・治療材料の購入、受取りのみの場合は、通院には該当せず、お支払い対象とはなりません。

•1日に2カ所以上の医療機関に通院された場合は1日分としてお支払いになります。

11 手術有にチェックした場合は、診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。

12 ギプス:受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質(もしくは石膏)の器具。
 ギプスシーネ:ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。
 ギプスシャーレ:ギプス固定の後、ギプスを半分にカットして副子として使用するもの。
 シーネ(副子・副木):受傷部の一側に当て、包帯等で巻いて固定する器具。

13 長管骨と三大関節部分を指します。長管骨とは、上腕骨、橈骨、尺骨、大腿骨、脛骨および腓骨をいいます。三大関節部分には、肩甲骨、鎖骨、手根骨、腸骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨を含みます。

治療状況																																																																																																																																																																																																																											
傷病名	右足首骨折、右手首捻挫																																																																																																																																																																																																																										
おけがの内容 1か所以上	主な部位 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 顔(左記以外) <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 二の腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手(甲・平) <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input checked="" type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> アキレス腱 <input type="checkbox"/> 足(甲・裏) <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身																																																																																																																																																																																																																										
	主な状態 <input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷 <input type="checkbox"/> 挫傷・打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 脱臼骨折 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 肉離れ <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 腱断裂 <input type="checkbox"/> 神経損傷																																																																																																																																																																																																																										
	<input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 右																																																																																																																																																																																																																										
ご記入いただいた治療状況について、医療機関等へ確認させていただく場合がございます。																																																																																																																																																																																																																											
医療機関	① 名称: 安心病院 TEL: 03-1234-XXXX ② 名称: 安心整形外科 TEL: 03-2222-XXXX																																																																																																																																																																																																																										
入院	1回目: 2020年5月5日 ~ 2020年5月6日 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関① <input type="checkbox"/> 医療機関② 2回目: 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 医療機関① <input type="checkbox"/> 医療機関②																																																																																																																																																																																																																										
通院	実際に通院治療を受けた日にちを記号でご記入ください。(医療機関①は「○」、医療機関②は「×」) 記入を間違えた場合は、二重線 〇 × で修正をしてください。																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年月日</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020年5月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>○</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2020年6月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2020年7月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20 年 月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20 年 月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>20 年 月</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		年月日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	2020年5月										○																					2020年6月																															2020年7月																															20 年 月																															20 年 月																															20 年 月																														
年月日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																												
2020年5月										○																																																																																																																																																																																																																	
2020年6月																																																																																																																																																																																																																											
2020年7月																																																																																																																																																																																																																											
20 年 月																																																																																																																																																																																																																											
20 年 月																																																																																																																																																																																																																											
20 年 月																																																																																																																																																																																																																											
手術の有無	診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 手術名: 骨折親血の手術(K046) 手術日: 2020年5月5日 先進医療: <input type="checkbox"/> 該当する <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない (有の場合は右欄もご記入ください)																																																																																																																																																																																																																										
ギプス等の固定具使用の有無	サポーター・テーピング・湿布等は除きます。固定具の詳細は「2」をお支払いする保険金をご確認ください。 医師等の指示により固定具を常時装着した期間 2020年5月6日から 2020年6月3日まで <input checked="" type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> その他() 20 年 月 日から 20 年 月 日まで <input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> その他() 腕または脚の全部または一部の固定有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 胸部または腹部の固定有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																																																																																																																																																																										
後遺障害の有無について	今回のおけがで医師から身体に障害が残ると指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払できる場合がございますので、右の「有」にチェックをお願いします。(詳しくは、「後遺障害に関する保険金のご案内」をご確認ください。なお、「有」にチェックいただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払できる可能性がありますと当社が判断した場合のみ担当者からご連絡致します。)																																																																																																																																																																																																																										