

# 記入例

## ①学生・生徒災害傷害保険 事故報告書兼事故証明書

《個人情報利用目的》  
お客様の個人情報につきましては、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間や東京海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・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。  
（※）「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日動火災海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社、東京海上日動フィナンシャル生命保険株式会社等、親会社の子会社等を含みます。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

専修学校・各種学校用

学校コード〔 99999 〕

## 学生・生徒災害傷害保険 事故報告書兼事故証明書

次のとおり事故がありましたので報告します。

- 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・症状の程度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。
- 私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

20 XX 年 6 月 2 日

保 険 契 約 の 内 容 等	所 属 学 校	〇〇専門 <span>学校</span> 学院 〇〇 <span>学科</span> 研究所 <span>昼間部</span> <span>夜間部</span>		
		学校ご住所・ご連絡先 TEL 03 ( 3230 ) ××××		
		〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4 - 2 - 25		
		ご担当者様のお名前・ご連絡先 お名前 専門太郎 TEL 03 ( 3230 ) ××××		
	フリガナ	とうかい じろう		性 別 <span>男</span> ・ <span>女</span>
	負傷者のお名前	東 海 次 郎		生年月日 20XX年 X 月 X 日
			年 齢	18 才
負傷者の所属等	20 XX 年 4 月 入学 学年 1 年   学籍番号 A - 35			
負傷者の住所・ご連絡先	〒 102 - 0073 東京都千代田区丸の内 1 - 2 - 1			
	TEL 03 ( 3285 ) ××××			
上記以外のご連絡先 (例：帰省先)	〒 - TEL ( )			
保険始期年月	20 XX 年 4 月	保険終了年月	20 XX 年 3 月 <span>通学特約の有無</span> <span>有</span> <span>無</span>	
事 故 内 容	事 故 の 日 時	20 XX 年 6 月 2 日 午前10時 30 分頃		
	事 故 の 場 所	学校体育館内	怪我の内容 (傷病名) 右上腕部の骨折	
	活 動 の 形 態 (いずれかに○印)	<span>①</span> 正課中 <span>②</span> 学校行事中 <span>③</span> 休憩中(その他) <span>④</span> 課外活動中		
	上記活動形態の具体的な説明と事故の状況	体育の授業中、他の学生とぶつかり、転倒した。		
	治 療 期 間 (見 込)	入院 _____ 日間 通院 20 日間		
		固定具を要する場合 固定期間 15 日間		
医療機関名① △△病院		TEL 03 ( 3285 ) 〇〇〇〇		
医療機関名②		TEL ( )		
	医療機関名③	TEL ( )		
保険金請求書送付先	(○をおつけください)	<span>①</span> 学 校 <span>②</span> 負 傷 者		
	送付先住所	〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4 - 2 - 25		
		TEL 03 ( 3230 ) ××××		
学 校 証 明 欄 (内容確認の上、□に✓してください。)				
事故証明	<input checked="" type="checkbox"/> 上記事故事実と相違ないことを確認しました。			
保険加入証明	<input checked="" type="checkbox"/> 上記保険加入事実と相違ないことを確認しました。			
届出証明	<input checked="" type="checkbox"/> 上記事故は正課・学校行事中の事故であることを確認しました。			
	<input checked="" type="checkbox"/> (課外活動中の場合のみ) 上記団体は本学の規則に則った所定の手続きにより本学の認めた学内学生団体であり、本学に届け出た課外活動中の事故であることを確認しました。			
上記事故事実・保険加入状況・届出内容について間違いのないことを証明します。				
学校名： 〇〇専門学校 <span>成和</span>				
職 名： 学校長 氏 名： 成和 太郎				

※会社使用欄

引 受 確 認 結 果			弊社受領日
責任期間	年 月 日 ~ 年	<div></div>	<div></div>
学生賠償	有 ・ 無		
通学担保	有 ・ 無		

東京海上日動火災保険株式会社 宛

専修学校・各種学校用

学校コード〔 〕

学生・生徒災害傷害保険 事故報告書兼事故証明書

次のとおり事故がありましたので報告します。

1. 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・症状の程度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。

2. 私は、貴社が本書に記載された個人情報を①学校に対して、学校が行う学生サービスや事務管理のため提供すること②一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団に対して、同財団が行う学校からの照会対応や安全啓発・制度普及活動のために提供することに同意します。

		20		年		月		日			
保 険 契 約 の 内 容 等	所 属 学 校	学校 学院				学科 研究所		昼間部 夜間部			
		学校ご住所・ご連絡先				TEL ( )					
		〒 -									
	ご担当者様のお名前・ご連絡先 お名前				TEL ( )						
	フリガナ				性 別		男・女				
	負傷者のお名前				生年月日		20 年 月 日				
					年 齢		才				
	負傷者の所属等				20 年 月 入学		学年 年		学籍番号		
事 故 内 容	負傷者の 住所・ご連絡先				〒 -		TEL ( )				
	上記以外のご連絡先 (例：帰省先)				〒 -		TEL ( )				
	保険始期年月				20 年 月		保険終了年月		20 年 月		
							通学特約の有無		有 無		
	事 故 の 日 時				20 年 月 日		時 分 頃				
	事 故 の 場 所				怪我の内容 (傷病名)						
活 動 の 形 態 (いずれかに○印)				① 正課中		② 学校行事中		③ 休憩中(その他)		④ 課外活動中	
上記活動形態の 具体的な説明と 事故の状況											
治 療 期 間 (見 込)				入院 日間		通院 日間					
				固定具を要する場合		固定期間 日間					
				医療機関名①		TEL ( )					
				医療機関名②		TEL ( )					
				医療機関名③		TEL ( )					
保険金 請求書 送付先		(○をおつけください)		① 学 校		② 負 傷 者					
		送付先住所		〒 -		TEL ( )					
学 校 証 明 欄 (内容確認の上、□に✓してください。)											
事故証明		□ 上記事故事実と相違ないことを確認しました。									
保険加入証明		□ 上記保険加入事実と相違ないことを確認しました。									
届出証明		□ 上記事故は正課・学校行事中の事故であることを確認しました。 □ (課外活動中の場合のみ) 上記団体は本学の規則に則った所定の手続きにより本学の認めた学内学生団体であり、本学に届け出た課外活動中の事故であることを確認しました。									
上記事故事実・保険加入状況・届出内容について間違いのないことを証明します。											
学校名：										印	
職 名：										氏 名：	

※通学中や施設間移動中の事故は、それぞれ専用の事故報告書兼事故証明書にてご報告ください。

※留学生補償保険（拡充タイプ）にご加入の場合は、別途留学生補償保険の事故報告をお願いします。

※会社使用欄				引 受 確 認 結 果		弊社受領日	
責任期間	年	月	日	～	年		
学生賠償	有	・	無	昼 間			
通学担保	有	・	無	夜 間			