

# 記入例

## ④施設間移動中 事故報告書兼事故証明書（傷害・賠償共通）

（個人情報の利用目的）  
お客様の個人情報につきましては、保険引当の判断、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。  
（※）「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日新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や、前記各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 〕

### 施設間移動中事故報告書兼事故証明書（傷害・賠償責任共通）

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

① 保険契約の内容等	所 属 学 校	〇〇専門 〇〇 〇〇 学校 学院 研究所 夜間部		
		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 ( 1234 ) ××××		
	ふりがな	とうかい じろう		
	負傷者のお名前	東海 次郎		
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	〒 100 - 8050 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	
②	事 故 の 日 時	20 XX 年 6 月 2 日 10 時 50 分頃		
	事 故 の 場 所	△△町交差点付近		
③	目的地	①学校 〇〇町 ) ②校舎・グラウンド等		
④	出発地	①学校 ××町 ) ②校舎・グラウンド等		
⑤	出発地の学校施設または活動場所を離れた時刻	午前 午後 10 時 50 分頃		
⑥	被害者 （賠償事故の場合）	氏 名 男 女 才 職業	被保険者が複数いる場合 合 計 名	
⑦	出発地での参加活動 （注1） ※施設を離れる前にどのような活動をしていたか活動内容を記入	授業等 内容( ××論 ) 時間( 9 : 00 ~ 10 : 30 ) 学校行事 内容( ) 時間( : ~ : ) 課外活動 内容( ) 時間( : ~ : ) 上記用件の場所 ( )		
⑧	目的地での活動内容または活動予定内容 ※通学の目的を記入してください。	授業等 内容( 〇〇実習 ) 時間( 13 : 00 ~ 14 : 30 ) 学校行事 内容( ) 時間( : ~ : ) 課外活動 内容( ) 時間( : ~ : ) 上記用件の場所 ( )		
⑨	受傷部位および傷病名	左大腿骨骨折		
⑩	事故状況・発生原因 （具体的に）	歩道を通行中、後ろから自転車車が突っ込み追突される。 ◇ 届出警察△△町 ××交番 警察署 TEL 03 ( 〇〇〇〇 ) ××××		

※添付書類（傷害保険の場合）

◇免許証のコピー（バイク、自動車運転の場合。但し、本籍地については消してください。）

注意：無資格運転、飲酒運転の場合はお支払いの対象となりません。

◇定期券のコピー

※会社使用欄

引 受 確 認 結 果				弊社受領日
責任期間	年	月	日 ~ 年	
通学担保			・ 無	
区 分		昼間部	・ 夜間部	

⑪	通常の移動経路、方法および所要時間ならびに事故発生日の学校施設または活動場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間およびその他の状況	<p>&lt;通常利用している経路・方法&gt;</p> <p>××町キャンパス 徒歩 10分 □□ バス 10分 ×× バス 5分 徒歩 5分 ○○町キャンパス</p> <p>&lt;所要時間 時間 25 分&gt;</p> <p>&lt;事故発生日利用した経路・方法、その他状況&gt;</p> <p>××町キャンパス</p> <p>バス停</p> <p>&lt;所要時間 時間 分&gt;</p>
	治療期間 (見込み)	<p>入院 日間 通院 日間</p> <p>固定具を要する場合 固定期間 20 日間</p> <p>医療機関名① ○○病院 TEL 03 ( ×××× ) ○○○○</p> <p>医療機関名② TEL ( )</p> <p>医療機関名③ TEL ( )</p>
保険金請求書 送付先	(○印をつけてください)	<p>① 学 校 ② 負 傷 者</p> <p>〒 102 - 0073 TEL 03 ( 3230 ) ××××</p> <p>東京都千代田区九段北4-2-25</p>

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"/> 事故日時、事故場所、事故状況及び発生原因は記載のとおりである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 (活動証明)	<input checked="" type="checkbox"/> ⑦の活動に参加登録しており、⑦の活動が記載の場所・時間に実施されたものであることを確認しました。 <sup>(注1)</sup> <input checked="" type="checkbox"/> ⑧の活動に参加登録しており、⑧の活動が記載の場所・時間に実施されたものであることを確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> ⑪の通常利用している経路・方法は、就学拠点からの合理的な経路であり学校が禁止した方法ではないことを確認しました。
上記事故事実・保険加入状況・届出(活動)内容について間違いないことを証明します。	
学校名: ○○専門学校	
職 名: 学校長	氏 名: 成和 太郎

(注1) 移動元において参加した活動があった場合のみご記入ください。

学校コード〔                      〕

## 施設間移動中事故報告書兼事故証明書(傷害・賠償責任共通)

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もとに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。

① 保険契約の内容等	所 属 学 校	20 年 月 日		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 ( )			
	ふりがな			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		
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				
②	事 故 の 日 時	20 年 月 日	時 分 頃				
	事 故 の 場 所						
③	目的地	①学校( ) 校舎・グラウンド等					
		②自宅( ) ③その他( )					
④	出発地	①学校( ) 校舎・グラウンド等					
		②自宅( ) ③その他( )					
⑤	出発地の学校施設または 活動場所を離れた時刻	午前 午後 時 分 頃					
⑥	被害者 (賠償事故の場合)	氏 名	男 女	才	職 業	被保険者が 複数いる場合	合 計 名
⑦	出発地での参加活動 (注1) ※施設を離れる前にどのような活動 をしていたか活動内容を記入	授業等	内容( )	時間(	:	~	:
		学校行事	内容( )	時間(	:	~	:
		課外活動	内容( )	時間(	:	~	:
		上記用件の場所 (	)				
⑧	目的地での活動内容または 活動予定内容 ※通学の目的を記入 してください。	授業等	内容( )	時間(	:	~	:
		学校行事	内容( )	時間(	:	~	:
		課外活動	内容( )	時間(	:	~	:
		上記用件の場所 (	)				
⑨	受傷部位および傷病名						
⑩	事故状況・発生原因 (具体的に)						
		◇ 届出警察 警察署 TEL ( )					

※添付書類(傷害保険の場合)

◇免許証のコピー(バイク、自動車運転の場合。但し、本籍地については消してください。)

注意：無資格運転、飲酒運転の場合はお支払いの対象となりません。

◇定期券のコピー

※会社使用欄

引 受 確 認 結 果				弊社受領日
責任期間	年	月	日 ~ 年	
通学担保	有 ・ 無			
区 分	昼間部 ・ 夜間部			

⑪	通常の移動経路、方法および所要時間ならびに事故発生日の学校施設または活動場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間およびその他の状況	＜通常利用している経路・方法＞		
		＜所要時間                  時間                  分＞		
	治療期間 (見込み)	＜事故発生日利用した経路・方法、その他状況＞		
		＜所要時間                  時間                  分＞		
		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	(○印をつけてください)	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	<input type="checkbox"/> 事故日時、事故場所、事故状況及び発生原因は記載のとおりであることを確認しました。
保険加入証明	<input 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 (活動証明)	<input type="checkbox"/> ⑦の活動に参加登録しており、⑦の活動が記載の場所・時間に実施されたものであることを確認しました。 <sup>(注1)</sup>
	<input type="checkbox"/> ⑧の活動に参加登録しており、⑧の活動が記載の場所・時間に実施されたものであることを確認しました。
	<input type="checkbox"/> ⑪の通常利用している経路・方法は、就学拠点からの合理的な経路であり学校が禁止した方法ではないことを確認しました。
上記事故事実・保険加入状況・届出(活動)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：	

(注1) 移動元において参加した活動があった場合のみご記入ください。