

## 記入例

### ⑥留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）

<p>（個人情報の利用目的） お客様の個人情報をつきましては、保険引受けの判断、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会社等や東京海上日動火災保険グループ（※）内部の連絡を含みます）、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。 （※）東京海上日動火災保険株式会社、東京海上日動海上火災保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社、東京海上日動ファイナンシャル生命保険株式会社等、前記各社の子会社を含みます。</p>																	
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 ]																	
<b>留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）</b>																	
<b>1. 所属学校情報を教えてください</b>																	
<table border="1"><tr><td>① 学校名</td><td colspan="3">○ ○ 専門学校</td></tr><tr><td>② ご担当者名</td><td>専門 太郎</td><td>③ ご連絡先</td><td>TEL 03 ( 3230 ) XXXX</td></tr><tr><td>④ 書類送付先住所</td><td colspan="3">〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4-2-25</td></tr></table>		① 学校名	○ ○ 専門学校			② ご担当者名	専門 太郎	③ ご連絡先	TEL 03 ( 3230 ) XXXX	④ 書類送付先住所	〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4-2-25						
① 学校名	○ ○ 専門学校																
② ご担当者名	専門 太郎	③ ご連絡先	TEL 03 ( 3230 ) XXXX														
④ 書類送付先住所	〒 102 - 0073 東京都千代田区九段北 4-2-25																
<b>2. 加入学生様の情報を教えてください</b>																	
<table border="1"><tr><td>① 学生氏名 (スペル) Jane Smith</td><td colspan="3">(カナ) ジーン スミス</td></tr><tr><td>② 生年月日</td><td>20XX 年 11 月 15 日</td><td>③ 学籍番号</td><td>A-1234567</td></tr><tr><td>④ 保険始期年月</td><td>20 XX 年 4 月</td><td>⑤ 保険終了年月</td><td>20 XX 年 4 月</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>通学特約 の有無</td><td>(有) (無)</td></tr></table>		① 学生氏名 (スペル) Jane Smith	(カナ) ジーン スミス			② 生年月日	20XX 年 11 月 15 日	③ 学籍番号	A-1234567	④ 保険始期年月	20 XX 年 4 月	⑤ 保険終了年月	20 XX 年 4 月			通学特約 の有無	(有) (無)
① 学生氏名 (スペル) Jane Smith	(カナ) ジーン スミス																
② 生年月日	20XX 年 11 月 15 日	③ 学籍番号	A-1234567														
④ 保険始期年月	20 XX 年 4 月	⑤ 保険終了年月	20 XX 年 4 月														
		通学特約 の有無	(有) (無)														
<b>3. ご請求される内容を教えてください</b>																	
→ <b>«治療費用のご請求をされる場合»</b>																	
<table border="1"><tr><td><b>以下の場合は対象となりません。</b> ご確認の上、先へ進んでください。</td><td>確認しました。 対象外の傷病ではありません。</td></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・健康保険の適用外の費用</li><li>・歯科疾患による通院（入院は対象）</li><li>・先天性疾患</li><li>・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象）</li><li>・痔核、裂肛、痔瘻</li><li>・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入日から2年間の入通院</li><li>・対象期間を超えた治療分※</li></ul></td><td><ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>ご病気で治療をされた場合…(1)</b></li><li>→ <b>おケガで治療をされた場合…(2)</b></li></ul></td></tr></table>		<b>以下の場合は対象となりません。</b> ご確認の上、先へ進んでください。	確認しました。 対象外の傷病ではありません。	<ul style="list-style-type: none"><li>・健康保険の適用外の費用</li><li>・歯科疾患による通院（入院は対象）</li><li>・先天性疾患</li><li>・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象）</li><li>・痔核、裂肛、痔瘻</li><li>・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入日から2年間の入通院</li><li>・対象期間を超えた治療分※</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>ご病気で治療をされた場合…(1)</b></li><li>→ <b>おケガで治療をされた場合…(2)</b></li></ul>												
<b>以下の場合は対象となりません。</b> ご確認の上、先へ進んでください。	確認しました。 対象外の傷病ではありません。																
<ul style="list-style-type: none"><li>・健康保険の適用外の費用</li><li>・歯科疾患による通院（入院は対象）</li><li>・先天性疾患</li><li>・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象）</li><li>・痔核、裂肛、痔瘻</li><li>・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入日から2年間の入通院</li><li>・対象期間を超えた治療分※</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>ご病気で治療をされた場合…(1)</b></li><li>→ <b>おケガで治療をされた場合…(2)</b></li></ul>																
<p>※初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。 同じご傷病でのご治療につきましては、前回の入院または通院の最終日から6ヶ月間空いた場合が対象となります。</p>																	
→ <b>«賠償責任保険をご請求される場合»…(3)</b>																	
<b>4. 必要事項記入のうえ下記までFAXをお願いします</b>																	
<p>おケガで治療をされた場合、賠償責任保険をご請求される場合 … ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。 ご病気で治療をされた場合（全国地域問わず） … ウェルネス保険金サポート部 医療保険サポート第2課（050-3730-6910）までFAXをお願いします。</p>																	

## 記入例

### ⑥留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書 (1)

※留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

#### 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（病気用）…(1)

<ご病気の請求用>

① 健康保険証に記載されている氏名をご記入ください	Jane Smith
② 病名をご記入ください	インフルエンザ
③ 最初に病院に行った日をご記入ください <small>初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。</small>	20XX 年 5 月 15 日 <input type="checkbox"/> 治療終了している <input checked="" type="checkbox"/> 現在も治療中
④ 入院はありますか？ 今後も入院予定はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日～ 月 日まで) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 頃)
⑤ どの部位の治療でしたか？ <small>対象外は以下の通りです。 ・健康保険の適用外の費用 ・歯科疾病通院 ・先天性疾患 ・精神障害 ・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象） ・痔核、裂肛、痔瘻 ・対象期間を超えた治療分 ・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入から2年間</small>	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 齒 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 腕 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手指 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足指 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )
⑥ どのような症状でしたか？	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )

(以下の質問への回答もお願いいたします)

⑦ 今回のご病気での治療は初めてですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (質問⑨⑩にも回答をお願いします)
⑧ 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は	<input checked="" type="checkbox"/> 282点以上 <input type="checkbox"/> 282点未満
⑨ いつから治療をされていますか？	20XX 年 5 月 15 日頃から
⑩ 治癒されていた期間はありますか？	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日～ 月 日)

※ 治療を中断されていた期間を含みます。  ない (定期的に治療を受けています)



ウェルネス保険金サポート部 医療保険サポート第2課(050-3730-6910)までFAXをお願いします。

## 記入例

### ⑥留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書 (2)

※留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

#### 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（傷害用）… (2)

<おケガの請求用>

① 健康保険証に記載されている氏名をご記入ください	Jane Smith
② 傷病名をご記入ください	頸椎捻挫
③ 何をしている時のおケガですか？	<input type="checkbox"/> 正課中・学校行事中 <input type="checkbox"/> 通学中 <input type="checkbox"/> クラブ活動中 <input checked="" type="checkbox"/> プライベート（学校とは無関係）
④ どのような状況でしたか？	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつかった <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 挟んだ <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤ 最初に病院に行った日をご記入ください 初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。	年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療終了（ 月 日まで） <input checked="" type="checkbox"/> 治療中
⑥ 入院はありますか？ 今後も入院予定はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月 日～ 月 日まで） <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ 6 月頃）
⑦ どこの部位の治療でしたか？ <small>対象外は以下の通りです。 ・健康保険の適用外の費用 ・先天性疾患 ・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象） ・痔核、裂肛、痔瘻 ・精神障害 ・対象期間を超えた治療分</small>	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 歯 <input checked="" type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）
左右を教えてください	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 不明
⑧ どのような症状でしたか？	<input type="checkbox"/> 切創 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他（ ）

(以下の質問への回答もお願いいたします)

⑨ 今回のおケガの治療は初めてですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（質問⑦⑧にも回答をお願いします）
⑩ 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は	<input checked="" type="checkbox"/> 282点以上 <input type="checkbox"/> 282点未満
⑪ いつから治療をされていますか？	20XX 年 5 月 15 日頃から
⑫ 治癒されていた期間はありますか？	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～ 月 日）
※ 治療を中断されていた期間を含みます。 <input checked="" type="checkbox"/> ない（定期的に治療を受けています）	



ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。

# 記入例

## ⑥留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書 (3)

\*留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

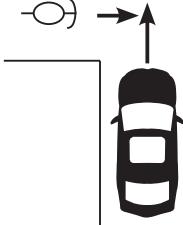
## 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書… (3)

#### 〈個人賠償責任・借家人賠償責任用〉

\*示談金額の決定については必ず保険会社と打合せを行ってください。

20 XX 年 6 月 2 日

事故の日時	20 XX年6月2日	午前 午後	8時30分頃
事故現場	交差点	届出官公署名	
被害者	氏名 三井花子 〔男〕 〔女〕 36才	職業	主婦
被害者	氏名 〔男〕 〔女〕 才	職業	被保険者が複数いる場合 合計 名
事故内容	<p>状況、原因ならびに示談の経緯（できるだけ詳しくお書きください）</p> <p>自転車で学校へ向かう途中、信号のない交差点で車両と衝突した。</p> <p>相手方車両のボンネットを自転車で傷つけてしまった。</p>		
	<p>見取図</p>		



ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。

幣社受領日

〈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 [ ]

## 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）

### 1. 所属学校情報を教えてください

① 学校名			
② ご担当者名		③ ご連絡先	TEL ( )
④ 書類送付先住所	〒 -		

### 2. 加入学生様の情報を教えてください

① 学生氏名 (スペル)	(カナ)		
② 生年月日	年	月	日
④ 保険始期年月	20 年 月	⑤ 保険終了年月	20 年 月
通学特約 の有無		<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無

### 3. ご請求される内容を教えてください

#### → 『治療費用のご請求をされる場合』

以下の場合は対象となりません。  
ご確認の上、先へ進んでください。

- ・健康保険の適用外の費用
- ・歯科疾病による通院（入院は対象）
- ・先天性疾患
- ・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象）
- ・痔核、裂肛、痔瘻
- ・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入日から2年間の入通院
- ・対象期間を超えた治療分※

確認しました。  
対象外の傷病で  
はありません。

→ 『ご病気で治療をされた場合…(1)』

→ 『おケガで治療をされた場合…(2)』

※初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。

同じご傷病でのご治療につきましては、前回の入院または通院の最終日から6ヶ月間空いた場合  
が対象となります。

#### → 『賠償責任保険をご請求される場合…(3)』

### 4. 必要事項記入のうえ下記までFAXをお願いします

おケガで治療をされた場合、賠償責任保険をご請求される場合

… ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。

ご病気で治療をされた場合（全国地域問わず）

… ウエルネス保険金サポート部 医療保険サポート第2課（050-3730-6910）までFAXをお願いします。

（ご注意ください）

留学生補償保険にご加入いただいており、正課中のおケガで保険金請求をされる場合は、別途「学生・生徒災害傷害保険」でも事故報告いただきますようお願いいたします。

※留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

## 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（病気用）…(1)

<ご病気の請求用>

① 健康保険証に記載されている氏名をご記入ください

② 病名をご記入ください						
③ 最初に病院に行った日をご記入ください <small>初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。</small>	年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 治療終了している			<input type="checkbox"/> 現在も治療中		
④ 入院はありますか？  今後も入院予定はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日～ 月 日まで)  <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月頃)					
⑤ どこの部位の治療でしたか？  <small>対象外は以下の通りです。 ・健康保険の適用外の費用　　・歯科疾病通院 ・先天性疾患　　・精神障害 ・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象） ・痔核、裂肛、痔瘻　　・対象期間を超えた治療分 ・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入から2年間</small>	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 齒 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 腕 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手指 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足指 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )					
⑥ どのような症状でしたか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 痛み  <input type="checkbox"/> その他 ( )					

(以下の質問への回答をお願いいたします)

⑦ 今回のご病気での治療は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (質問⑨⑩にも回答をお願いします)
⑧ 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は	<input type="checkbox"/> 282点以上 <input type="checkbox"/> 282点未満
⑨ いつから治療をされていますか？	年 月 日頃から
⑩ 治癒されていた期間はありますか？	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日～ 月 日)
※ 治療を中断されていた期間を含みます。 <input type="checkbox"/> ない (定期的に治療を受けています)	



ウェルネス保険金サポート部 医療保険サポート第2課(050-3730-6910)までFAXをお願いします。

※留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

## 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（傷害用）… (2)

<おケガの請求用>

(1) 健康保険証に記載されている氏名をご記入ください	
(2) 傷病名をご記入ください	
(3) 何をしている時のおケガですか？	<input type="checkbox"/> 正課中・学校行事中 <input type="checkbox"/> 通学中 <input type="checkbox"/> クラブ活動中 <input type="checkbox"/> プライベート（学校とは無関係）
(4) どのような状況でしたか？	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつかった <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 挟んだ <input type="checkbox"/> その他（ ）
(5) 最初に病院に行つた日をご記入ください 初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。	年      月      日 <input type="checkbox"/> 治療終了（ 月 日まで） <input type="checkbox"/> 治療中
(6) 入院はありますか？ 今後も入院予定はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月 日～ 月 日まで） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月頃）
(7) どこの部位の治療でしたか？  対象外は以下の通りです。 ・健康保険の適用外の費用      ・歯科疾病通院 ・先天性疾患      ・精神障害 ・妊娠、出産（健康保険適用の場合は対象） ・痔核、裂肛、痔瘻      ・対象期間を超えた治療分	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）
左右を教えてください	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 不明
(8) どのような症状でしたか？	<input type="checkbox"/> 切創 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他（ ）

（以下の質問への回答もお願いいたします）

(9) 今回のおケガの治療は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（質問⑦⑧にも回答をお願いします）
(10) 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は	<input type="checkbox"/> 282点以上 <input type="checkbox"/> 282点未満
(11) いつから治療をされていますか？	年      月      日頃から
(12) 治癒されていた期間はありますか？	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～ 月 日）
※ 治療を中断されていた期間を含みます。 <input type="checkbox"/> ない（定期的に治療を受けています）	



ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。

（ご注意ください）

留学生補償保険にご加入いただいており、正課中のおケガで保険金請求をされる場合は、別途「学生・生徒災害傷害保険」でも事故報告いただきますようお願いいたします。

※留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書（共通）と一緒にFAXしてください

## 留学生補償保険 事故報告書兼事故証明書… (3)

〈個人賠償責任・借家人賠償責任用〉

※示談金額の決定については必ず保険会社と打合せを行ってください。

20 年 月 日

事 故 内 容	事故 の 日 時	20 年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後		時 分 頃			
	事 故 現 場			届出官公署名				
	被 害 者	氏 名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	才 才	職業			
	被 害 者	氏 名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	才 才	職業	<input type="checkbox"/> 被保険者が複数いる場合	<input type="checkbox"/> 合計	名
	状況、原因ならびに示談の経緯（できるだけ詳しくお書きください）					見取図		

ガイドブック裏表紙または、第一成和事務所のホームページ上の事故手続きの流れに記載の各地域担当拠点までFAXをお願いします。

弊社受領日