

学生教育研究災害傷害保険金について

学生教育研究災害傷害保険(学研災)は、保険料を大学が負担して全学生が加入しています。保険が適用される傷害事故を被った場合は、保険金を「事故見舞金」として給付します。

1. 適用条件

国内外において、本学の教育研究活動中の急激・偶然・外来の事故によりけがをし、医師等の治療を必要とし、通院または入院した場合が対象です。なお、「病気」はこの保険の対象外です。

(1)【正課中・学校行事中】の事故の場合

治療のため医療機関に実際に通院(入院含む)した日数が 1日以上 であること。

(2)【学校施設内(正課中・学校行事中・課外活動中以外)】の事故の場合

治療のため医療機関に実際に通院した日数が 4日以上 であること。

(3)【学校施設内外を問わない、課外活動中】の事故の場合

治療のため医療機関に実際に通院した日数が 14日以上 であること。

※「課外活動」とは学校の規則に基づき、所定の手続きにより学校の認めた学内学生団体の管理下で行う文化活動または体育活動をいいます。

したがって、「活動届」を事前に提出していることが必要です。

(4)【通学中・学校施設間移動中】の事故の場合

正課、学校行事、課外活動に参加するため、合理的な経路・方法で移動している場合。

※行事、課外活動は事前に届出を提出していることが必須です。



【補足事項】

・(2)(3)の事故で治療日数が満たない場合は(保健室または学生課に)ご相談ください。

① 入院が 1日でもある 場合は、通院した日数が所定の日数に満たなくても入院加算金の対象となります。

② 治療後や入院後に医師の指示にて、固定具(ギプス・シーネ等)を常時装着した場合には、装着期間中の日数を加算して所定の日数として請求ができる場合があります。

・私的な状況で(活動届の提出なく)上記の従事している期間は対象外です。(例:研究の手伝いなど)

・寮にいる間に生じた傷害事故は対象外です。

2. 医療保険金のめやす

保険金額は保険会社の審査後に確定しますが、医療保険金及び入院加算金のめやすは以下の通りです。事故内容や傷病によっては保険会社の審査の結果対象外になる場合もあります。

※治療にかかった金額ではなく通院日数および入院日数で計算します。

事故発生時の活動の種類			治療日数(*9)	医療保険金	入院加算金 (180日限度)
(治療日数1日 から対象) 正課中・学校行事 中	(治療日数4日 以上が対象) 課外活動(クラブ 活動)を行っている 間以外で学校施設 内にいる間・通 学特約加入者の通 学中・学校施設等 相互間の移動中	(対象外)	1日～ 3日	3,000円	
		(対象外)	4日～ 6日	6,000円	
		(対象外)	7日～ 13日	15,000円	
		(対象外)	14日～ 29日	30,000円	
		(対象外)	30日～ 59日	50,000円	
		(対象外)	60日～ 89日	80,000円	
		(対象外)	90日～119日	110,000円	
		(対象外)	120日～149日	140,000円	
		(対象外)	150日～179日	170,000円	
		(対象外)	180日～269日	200,000円	
		270日～	300,000円		



入院した場合

(「日本国際支援協会」から引用)

3. 請求の流れ

遅滞なく請求手続きを行ってください。

	内容	時期	方法
□(1)	事故発生報告⇒保健室 (来室、メール、電話)	事故発生後 原則 1週間以内	「 事故届 」を記入し各キャンパス保健室へ提出 ※治療・入院の領収書は全て保管しておいてください。
□(2)	事故通知⇒保険会社	事故発生から 30日以内	<p><PCや携帯から> 「事故通知システム」から事故の状況を入力し通知。  (東京海上日動 HP)⇒</p> <p><はがきから> 「事故通知はがき」に事故の状況を記入し通知。 (保健室で配布) ※事故発生日含め30日以内に通知してください。</p>
□(3)	提出⇒保健室	速やかに 原則 1週間以内	次の 2点 の書類を各キャンパス保健室へ提出する。 ①学研災保険金請求書(4枚複写式)→4枚目参照 ②事故届((1)で既に保健室へ提出済なら不要) ※学内承認後に本人へ連絡し、返却いたします。
□(4)	郵送⇒保険会社	治療終了後	次の 3点 の書類を保険会社へ自身で郵送する。 ①学研災保険金請求書(4枚複写式)→P4参照 ②治療状況報告書(※1)→P5参照 ③領収書全て(原本またはコピー) ※保健室が渡した封筒に入れ投函(切手は自己負担)
□(5)	保険会社の審査⇒保険金支払い	審査完了後	「保険金お支払のご案内」(圧着式ハガキ)が届いてから、約2カ月後の振り込み。

※1 領収書は原本を保険会社に提出するため、他会社に保険金請求する場合や高額医療費請求することも考慮し、領収書のコピーをとっておくことを推奨します。

※2 口座名義は本人に限ります。

※3 後遺障害がある場合には、別途お問い合わせください。(今回の事故の発生日を含めて180日以内に約款で定める後遺障害が生じた場合)

※4 **請求内容や提出期限を守らない場合には、保険金が支払われない場合があります。**

4. 保険金（事故見舞金）の給付について

保険会社より本人の銀行口座に「事故見舞金」として振り込まれます。そのため、保険会社から保険金請求者宛に「保険金お支払のご案内」(圧着式ハガキ)が届いてから、約2カ月後の振り込みとなりますのでご承知おきください。

5. 書類記入にあたっての注意

- ① 保険金請求書は4枚複写式となっていますので、強い筆圧で記入してください。
- ② 捺印必要箇所(保険金請求者は3枚目まで、事故証明は4枚目まで)は必ず捺印してください。
- ③ 以下の注意事項をよく読み、記入例にしたがって記入してください。

項目	注意事項
保険金請求者	・請求者は 学生本人 。本人が記載困難時は保証人が記載可。 ・4枚複写式のため、強い筆圧で記入し 3枚目まで 捺印する。
保険金受取口座	・学生本人の口座を記載
保険契約の内容	・「被保険者」とは事故にあった学生 ・保険責任期間は入学年の4月1日から卒業予定年の3月31日まで
他の傷害保険契約	・東京海上日動の他に加入している場合は記入。例:スポーツ安全保険
事故内容	・事故にあった時の状況を具体的に詳しく記入する。
けがの内容	・けがの部位、症状に○をつける。その他の場合は傷病名を記入。 ・後遺障害があれば記入する。
学校証明欄	[事故証明] 【正課中】は担当教員 【部活・サークル中】は顧問 【上記以外の課外活動中】は担当教員 4枚目まで署名と捺印を学生自身で依頼し、記入してもらおう。 ※[保険加入証明]、[届出証明欄]は記入不要。

6. 問い合わせ先

保健室(豊洲): 03-5859-7400

学生課(豊洲): 03-5859-7370

保健室(大宮): 048-687-5113

学事・学生課(大宮): 048-687-5105

『学研災』治療状況報告書

保険金請求額が **30万円を超える場合は**、医師が作成する「診断書」の提出が必要です。

治療状況報告書



東京海上日動火災保険株式会社 宛

ご請求金額が10万円以下の場合、「治療状況報告書」にご記入のうえ、入院期間が記載された医療機関の領収書の原本またはコピー(*)を添付いただくことにより、診断書のご提出に代えることができます。ただし、弊社担当者より別途診断書のご提出を依頼することがございますので、予めご了承ください。
(*) 領収書が無い場合は診察券のコピーを添付いただくか、下記に医療機関名をご記入ください。

にはチェック(☑)をご記入ください。

記入日	20 年 月 日	必ずご捺印ください。	<small>※ご請求される方が未成年の場合は親権者の方がご署名・ご捺印をお願いします。</small>
フリガナ		印	<input checked="" type="checkbox"/> おけがをされた方との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(学生)本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他()
保険金請求者	保険金請求者は学生本人 様		

おけがをされた学生本人(被保険者)	<input type="checkbox"/> 保険金請求者に同じ	生年月日	年 月 日生()歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受傷または発病の日時	入院：領収書コピーを添付 通院：領収書コピーを添付	医療機関の領収書のコピーがあればこの欄は記載不要。 ※コピーがない場合は記載必要	
受傷または発病の状況			

入院治療	2022年 3月 3日 ~ 2022年 3月 6日																																		
通院治療	2022年 3月 2日 ~ 2022年 4月 10日 (うち実際に通院した日数 14日)																																		
3月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><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>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																	11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
																11																			
4月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr><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>3</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																	3
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																			
																3																			

医療機関	
入院期間が記載された医療機関の領収書の原本またはコピーを添付してください(無い場合は診察券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関名をご記入ください)。	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(○印)	
名称	()科
TEL	- -
所在地	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(△印)	
名称	()科
TEL	- -
所在地	
3ヶ所目以降は、別紙に記入、添付してください。	

治療期間が8ヶ月以上の場合、本紙のコピーまたは別紙に記入、添付してください。

ギプス等の固定具使用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医師等の指示により固定具を常時装着した期間 ^{*1}	固定具の種類 ^{*2}	腕(肩から手首まで)または脚(足の付け根から足首まで) ^{*3} の全部または一部の固定有無	胸部または腹部の固定有無
	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()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	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()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※1 「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まれます。
※2 ●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
※3 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、腕骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨を含みます。

「有・無」を選択し、有の場合は詳細を記入する。

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、後遺障害に関する保険金をお支払いできる場合があります。詳しくは、弊社担当者までお問い合わせください。

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。
(※) 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。

弊社受領日
