

【障害保険の適用】

- ◆ 急激で偶然な外来の事故により被った傷害による死亡、後遺障害、入院、手術、通院の補償。

【手続きの手順】

1. 下記【事故情報】を記入し、本書面を所属団体代表者(松井)へ送付。(LINEまたは書面手渡し)
2. 所属団体代表者(松井)が事故情報を元にインターネットにて『障害保険事故通知』を行う
3. 保険会社より『必要書類』が本人宛(ケガをされた方の住所)に郵送される
4. ケガをされた方(または保護者)にて『必要書面』を作成し、保険会社へ送付する  
 ※『団体代表者記入欄・捺印欄』へは松井が記入または捺印しますので書面をお渡しください。
5. 以降、ケガをされた方本人と保険会社とのやりとりになります

【事故情報】

ケガをされた方	(1) 氏名		
	(2) 郵便番号	〒	
	(3) 住所		
	(4) 電話番号	携帯・自宅・勤務先	
事故の内容	(5) 事故の日時	(例) 2024年 ○月○日 ○時ころ	
	(6) 活動区分	『団体活動中』か『団体活動場所への往復中』のどちらかより選択	
	(7) 事故の場所	(例) 愛知県豊橋市牛川小学校校庭 (※位置が特定できる情報を記載)	
	(8) 事故の詳細状況		(例) ①サッカーの試合中 ②シュートを打つ際に相手と接触し ③バランスを崩し軸足(左足)を捻挫した。
		①何をしているとき	
		②何が起きて	
		③どのようになったのか	
	(9) ケガの部位		(例) ①左肩 ②鎖骨
		①大分類	(例) 頭・首・胸・腹・背・腰・臀部(でんぶ)・右腕・右肩・左腕・左肩・右脚・左脚・全身・不明
		②中分類	具体的な部位を記入する (例)鎖骨、足首、…
	(10) ケガの症状		(例) 骨折・脱臼・捻挫・打撲・裂傷・熱中症… (25文字以内)
	(11) 入院の有無 (見込み含む)		入院有・入院無・通院有・通院無 の4項目より選択(複数可)
(12) 医療機関名			