

お支払いする保険金

(1)お支払いする保険金について

保険期間中に生じた急激かつ偶然な外来の事故（以下「事故」といいます。）によるおケガで、通院をされた場合、入院をされた場合、手術を受けられた場合等に保険金をお支払いします。

保険金の種類	保険金をお支払いする主な場合
①通院保険金	事故によるおケガで通院をされた場合にお支払いします。 ○通院保険金の額＝1日あたりの通院保険金額×お支払い対象日数
②入院保険金	事故によるおケガで、入院をされた場合にお支払いします。 ○入院保険金の額＝1日あたりの入院保険金額×お支払い対象日数
③手術保険金	【2013年10月1日以降保険始期契約】 事故によるおケガで、以下ア.またはイ.のいずれかの手術を受けられた場合、入院中の手術か外来での手術かに応じた額（入院保険金日額の10倍または5倍）をお支払いします。ただし、1事故につき1回の手術にかぎりです。 ア. 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として列挙されている手術（※1） イ. 先進医療に該当する手術（※2） （※1）以下の手術は対象となりません。 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術、抜歯手術 （※2）先進医療に該当する手術は、治療を直接の目的としてメス等の器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出等の処置を施すものにかぎりです。 ○入院中に受けた手術の場合：手術保険金の額＝入院保険金日額×10(倍) ○外来で受けた手術の場合：手術保険金の額＝入院保険金日額×5(倍)
④後遺障害保険金	事故によるおケガで、事故の日から180日以内に後遺障害が生じた場合、その程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の所定の割合を乗じた金額をお支払いします。 【2013年10月1日以降保険始期の傷害保険】 ○後遺障害保険金の額＝死亡・後遺障害保険金額×「4%～100%」
⑤死亡保険金	事故によるおケガで、事故の日から180日以内にお亡くなりになった場合にお支払いします。 ○死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。

(2)入院保険金・通院保険金のお支払い要件

【2013年10月1日以降保険始期契約】

次の要件を満たした場合、保険金のお支払い対象となります。

医師の治療を受けることが必要です。

- 医師とは「医師法による医師」をいいます。
- 捻挫・打撲・脱臼・骨折の場合にかぎり接骨院や整骨院で柔道整復師の治療（施術）を受けた場合も、保険金のお支払い対象となります。
- マッサージ・指圧・はり・きゅうについては、医師の指示にもとづきながら行われた施術であれば、保険金のお支払い対象となります。

(3)お支払い対象期間・限度日数について

- 限度日数… 通院は90日、入院は通院とあわせて180日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間…おケガをされた日からその日を含めて180日以内の入院・通院がお支払い対象となります。

(4)保険金のご請求時期

入院保険金・通院保険金については以下のいずれかの場合に、保険金請求書類をご提出ください。

- ①治療が終了したとき
- ②治療中であってもお支払い対象期間を超過した場合
- ③治療中であってもお支払い限度日数を超過した場合

(5)診断書のお取り付けについて

診断書のお取り付けに際して発生する文書料は、お客さま負担となります。

入院保険金と通院保険金のお支払合計額（(1)の①通院保険金と②入院保険金の合計）が30万円を超える場合は診断書が必要となります。詳細は保険金サービス課担当者までお問い合わせください。

お支払いする「傷害」とは――

傷害保険でお支払いする「傷害」とは、急激かつ偶然な外来の事故によって被保険者の身体にこうむった傷害をいいます。したがって、いわゆる疾病や長時間の刺激・作用によるもの（くつずれ、スポーツ障害など）の多くは、傷害保険でお支払いする「傷害」には該当しません。

傷 害

損害保険ジャパン株式会社

保険金請求手続きのご案内

このたびのご災難につきまして心からお見舞い申し上げます。

保険金をできるだけ速やかにお支払いしたいと存じますので、お早めに

必要書類をお取り揃えくださいますようお願い申し上げます。

ご請求にあたってのご注意

(1)保険金請求に必要な書類はコピーして利用いただくか、日保協ホームページ（URL:http://www.nippokyo.co.jp）からダウンロードのうえ、印刷をしてください。

(2)書類の記入方法は、裏面および日保協ホームページ（URL:http://www.nippokyo.co.jp）に記載しておりますので、ご確認ください。

(3)原則としてケガの治療が終わったときにご請求ください。

（事故の日から180日を経過したときは、治療中でもご請求ください。）

(4)ご記入内容が事実と相違している場合は、保険金のお支払いができない場合がございますので、正確にご記入ください。

(5)記入方法などに不明な点がございましたら、下記〈保険金請求に関するお問合せ先・保険金請求書送付先〉、または〈取扱代理店〉までお問い合わせください。

【ご連絡・ご相談先】

〈取扱代理店〉

有 限 会 社 日 保 協

TEL.03-5226-0025 FAX.03-5226-0026

URL.http://www.nippokyo.co.jp

保険金請求書の送付先

〈保険金請求に関するお問合せ先・保険金請求書送付先〉
TEL.03-3349-5303 FAX.042-452-3803

〒160-8338
東京都新宿区西新宿 1-26-1 損保ジャパン本社ビル
損害保険ジャパン株式会社
団体保険金サービス第一課

← 送付されるときに

※請求書送付の際に宛先としてこのページをコピーし、左記を切り取りのうえ、封筒に貼り付けるなどしてご利用ください。

お願い 本用紙はコピーしてご利用ください。
本用紙について記入不備がなければ保険会社よりご連絡はいたしません。

傷害保険金請求書

請求日

20

年

月

日

損害保険ジャパン株式会社 御中

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパンの本保険金請求に関する個人の取扱いに同意し、保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。

(1) 保険金請求者

住所	〒 - -	TEL ()	フリガナ	氏名	(印)
	フリガナ				

保険契約上の保険金請求者は、原則としてケガをされた方(未成年の場合は親権者)です。

(2) ケガをされた方

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女	年齢	歳
----	------	----	-------	----	---

(3) 保険金振込先

口座名義
預金口座欄とも
記入ください

口座名義 (カタカナ)	住所 〒	TEL ()	住 所 ○ 請求者住所と同じです。 ○ 請求者住所と異なり以下の通りです。	① 普通・総合 ② 当座 ③ 貯蓄	店番						
					口座番号						
銀行 信託銀行 信金 信組 商工中金 労金 農協	本店 支店 出張所	ゆうちょ銀行	通帳記号								
					通帳番号						

(4) 委任

※保育園が保険金請求をするときは、保育園名(または法人名)を下記にご署名・捺印下さい。

住所〒

を代理人(保険金請求者と同一)と定め、上記に表示する
事故に関する傷害保険金の請求及び受領に関する一切のことを委任します。
また下記の「個人情報の取扱いに関する事項」の通り同意します。

委任者
(親権者) 氏名

(印)

(5) 他の保険契約

(無)

(有)

(内容をご記入ください。)

保険会社	保険種目	証券番号

事故内容	事故日	20 年 月 日	午前 午後	時頃	
	事故地	都道 府県			
	事故状況	事故通知書のとおり 下記のとおり			
	病院名				
<7> 事故証明*	左記事故は、当園に所属している児童または職員がケガを負ったものであり、保育園の管理下及び通園・通勤往復途上で発生した事故内容に相違ないことを証明します。				
	住所 〒 - - 20 年 月 日				
	園名 代表者氏名				

(印)

*上記<7>は、事故通知書にて証明済の場合記入不要です。

*参加していた事業内容が「地域活動事業等」の場合、事故証明欄は次のとおり読み替えます。

「左記事故は、当園主催の行事参加者が当該行事参加中(行事参加のための往復途上を含みます)に発生した事故内容に相違ないことを証明します。」

個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

① 損保ジャパンが、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。 ② 損保ジャパンが、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。 ③ 損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)。 ④ 損保ジャパンが、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあること。

なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

損保ジャパンの個人情報保護宣言、グループ企業や提携先企業、等については損保ジャパン公式サイト(<http://www.sjnk.co.jp/>)をご覧ください。後記の窓口までお問い合わせ願います。

お問い合わせ窓口: 損保ジャパン カスタマーセンター

電話番号 0120-888-089 受付時間 平日 午前9時～午後8時 土日祝日 午前9時～午後5時(12月31日～1月3日は休業)

代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者
--------	-----	----------	-----



SOMPO ホールディングス

損害保険ジャパン株式会社

治療状況申告書兼同意書

申告書は、保険金お支払額が30万円以下の場合、診断書の代わりとしてご利用いただくものです。申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

医療機関 医療機関の情報につき、以下をご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚で可）を同封してください。

医療機関名	電話番号	()	利用保険	健保	国保	労災	自費	その他 ()
-------	------	-----	------	----	----	----	----	---------

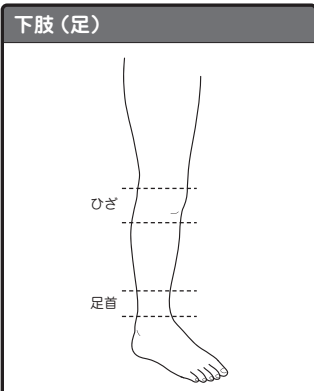
おケガ・治療の内容 必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

部 位	頭・顔・首・肩・胸・背・腹・腰・腕・脚・その他 手指・足指 ()	※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。	
症 状	骨折・脱臼・捻挫・切傷・打撲・火傷・腱断裂・しん常・損傷・その他 ()		
傷病名			
入院治療	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
通院治療	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日)		
手術	なし あり → ※正式な手術名をご記入ください 手術名	手術日 20 年 月 日	合計 日

ギプス等の固定具使用	固定具を常時装着（※1）した期間	手首または足首を含む固定	固定具の種類（※2）
	A 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	なし あり	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット（※3） ギプスシャーレ その他 ()
	B 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	なし あり	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット（※3） ギプスシャーレ その他 ()
	※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。 ※2 固定具の種類については、下図（参考）固定具の種類をご確認ください。 ※3 布製のコルセット（軟性コルセット）は含みません。		

最 終 治療日	20 年 月 日	後遺障害 残存見込	なし あり 不明 →	内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください 傷跡の大きさ (cm)
---------	----------	-----------	------------	---

ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ



上肢（手）または下肢（足）を固定されている場合、固定部位を斜線等でぬりつぶしてください。
・関節部分（手首・ひじ・足首・ひざ）がわかるように点線を表示していますので、ぬりつぶしの目安としてください。

（参考）固定具の種類

ギプス（足）	ギプスシャーレ（足）	長下肢装具（足）	ギプス
※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの 	※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの 	※大腿部から足底に及ぶ固定のこと 	※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの
硬性コルセット ※プラスチックや金属製の硬いコルセット 	クラビクルバンド ※鋼骨骨折の場合に用いられる固定具 	フィラデルフィアカラー ※あご受けがついており、内側はスポンジ製で頸椎の屈曲、伸展を制限する固定具 	ギプスシャーレ（腕） ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの
			副木（腕） ※副木をあてて、包帯等で固定したもの
			シーネ（腕） ※副子（シーネ）と呼ばれる固定具をあて、包帯等で固定するもの

同意書

主治医殿

患者氏名

男
女

(生年月日 大 昭 平 年 月 日)

損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する同社委嘱の者が、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、画像診断のフィルム（コピー）、診断書等を受領することに同意します。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

20 年 月 日 (同意者) 患者との関係: 本人 ・ 配偶者 ・ 親族 ()

住所 氏名

ケガをされた方が未成年のときは、親権者をご署名・捺印ください。

必ずご記入ください。