2025年4月　学生支援事務室

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

本学の教育研究活動中の急激かつ偶然な外来の事故が対象です。

（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（入院も可）した日数が 1 日以上であること。

学研災 HP

（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）【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、本学の規則に則った所定の手続きにより大学が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、**事故発生時の当該年度「部員名簿」に氏名が記載されていること、及び「行事計画届」または「行事開催届」を事前に提出していることが必要**です。

（4）【通学中】及び【学校施設間移動中】の事故の場合

補償の対象になるかは、各学生支援事務室、中野教育研究支援事務室にご相談ください。

【補足事項】

（2）（3）の事故で治療日数が満たない場合

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請求ができます。

② 固定具を使用して平常の生活に著しい支障があると認められる日数があれば、そ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。

（著しい支障期間とは、例えば長管骨を骨折し、着脱不可能な固定をしている期間のことです。）

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。

治療日数	医療保険金	入院加算金（180 日限度）
治療日数　1～ 3 日	3,000 円	入院 1 日につき 4,000 円 （注）入院加算金は、医療保険金に関係なく、入院 1 日目から支払われます。
〃　4～ 6 日	6,000 円	
〃　7～ 13 日	15,000 円	
〃　14～ 29 日	30,000 円	
〃　30～ 59 日	50,000 円	
〃　60～ 89 日	80,000 円	
〃　90～119 日	110,000 円	

（「医療保険金および入院加算金」を一部抜粋して記載）

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)	事故通知⇒大学	至急 ※原則、事故発生から 30 日以内	＜【課外活動中】の事故以外＞ 「事故発生報告書※1」（事務室備付）を記入し、各キャンパス学生支援事務室（※2）、または中野教育研究支援事務室へ提出する。 ＜【課外活動中】の事故＞ 「明治大学学生支援部オンラインシステム」から「事故発生報告」を行う。 （オンラインシステム）⇒
□(2)	事故通知⇒保険会社		保険会社の「事故通知システム」から、事故の状況を入力。 （東京海上日動 HP）⇒
□(3)	請求書類の提出	治療終了後	次の 3 点の資料を各キャンパス学生支援事務室、または中野教育研究支援事務室へ提出する。 ①学研災保険金請求書（4 枚複写式） ②治療状況報告書（※3） ③振込口座届（※4）
□(4)	保険会社による審査～保険金支払い※5	審査完了後	

※1　報告者欄の署名／捺印は、【正課中】担当教員です。その他は窓口でご相談ください。

※2　和泉キャンパスにおける【正課中（体育）】の場合は、和泉教務事務室（体育）から所属学部事務室に提出します。

※3　保険金請求金額が 30 万円以下の場合は、「治療状況報告書」を記入し、医療機関の領収書または診察券のコピーを添付の上、提出してください。（※領収書がない場合は診察券のコピーを添付するか、治療状況報告書に医療機関名を記入してください。）
（保険金のめやすは 1 ページ目を参照）

※4　口座名義は本人または父母（保証人）に限ります。

※5　請求内容によっては、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

保険会社より大学の口座に振り込まれた後、大学から本人または父母（保証人）の銀行口座に「事故見舞金」として振り込みます。

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 保険金請求書(4 枚複写)の保険金受取口座欄は記入しないでください。
④ 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	・**学生本人**が請求者(親権者は不可)。 ・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(朱肉印)。
保険金受取口座	**・記 入 不 要 (大学の口座情報を記入します。)**
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	・他に加入している場合のみ記入　　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。
おけがの内容	・けがの部位、症状に〇をつける。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。
大学証明欄	[事故証明] ・【正課中】は担当教員、【課外活動中】は所属する団体の責任者(部長　※体育会は監督も可)が署名のうえ、**4 枚目**まで捺印(朱肉印)。 ・【学校行事中】は当該部署長、【学校施設内】は各キャンパス学生支援事務室で対応。 ※[保険加入証明]、[届出証明]欄は記入不要。

6. 問い合わせ先

学生支援事務室(保健係)	03-3296-4212	学生支援事務室(課外係)	03-3296-4205
和泉学生支援事務室	03-5300-1176	生田学生支援事務室	044-934-7579
中野教育研究支援事務室	03-5343-8058	スポーツ振興事務室	03-3296-4225

以　上

『学研災』保険金請求書

※破線箇所は該当に○をつけてください。

学生教育研究災害傷害保険金請求書（兼 事故証明書）

学校控 1
学校控1は、必ずお手元に保管をお願いいたします。

（幹事会社）東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記に指定する口座へお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
2. 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。
3. 私は、貴社が本請求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（公財）日本国際教育支援協会に対して、同協会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。

【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。

ご請求される保険金の種類（○印をつけてください）　①医療　②後遺障害　③死亡　④接触感染予防

保険金請求者
ご記入日（ご請求日）20　年　月　日
〒□□□-□□□□
住所
（フリガナ）
氏名　印
保険金請求者は、負傷者ご本人ですが、学生ご本人がご記入日時点で未成年（20歳未満）の場合は、親権者の方の署名・捺印をお願いいたします。
（被保険者とのご関係──○印をつけて）①学生本人（成年）②親権者
メールアドレス

> **保険金請求者は学生本人**
> **※親権者不可**

> **捺印は３枚目まで**
> **※朱肉印**

2枚目〜3枚目にも捺印ください。学生ご本人がご記入日時点で未成年の場合は、親権者の方が署名・捺印ください。

※ボールペンで強くはっきりご記入・丸印を付けてください。

保険金受取口座
銀行　信用組合　支店　ゆうちょ
普通・総合　当座　貯蓄
口座名義（ご記入ください）

> **記入不要（大学の口座情報を記入します）**

保険契約の
契約者　（公財）日本国際教育支援協会
被保険者（おけがをされた学生本人）　氏名　フリガナ　**※学生本人**
男・女（　）歳　留学生の場合は○印をつけてください。留学生
生年月日（西暦）　年　月　日
所属　国立・公立・私立　**明治**　大学院・短大・大学・高専　研究科（修）・学部・学科
※事故発生時の学年　（事故発生時）年
留年 有・無　学籍番号
①2年制　②4年制　③その他（　）
在籍学部（科）・種別　昼間部 ①理工系 ②文科系 ③体育系　夜間部 ④理工系 ⑤文科系 ⑥体育系　⑦通信教育
20　年　月　保険責任期間　**※入学年４月１日より卒業年　３月３１日まで**
他の傷害保険契約等　無・有（有の場合）➡　保険の種類　証券番号　請求の有無　無・有

> **事故発生報告書と同じ内容を記入する。**

事故内容
日時　20　年　月　日　午前・午後　時　分頃　事故発生場所　学校施設内・学校施設外（具体的に（必須））
事故発生時の活動形態　①正課中（①体育実技 ②理系実験実習 ③医療実習 ④その他）　②学校行事中（行事内容：　行事開催日：　月　日〜　月　日）　③課外活動中（クラブ活動中）（活動内容：　クラブ・サークル名：）　④学校施設内（正課・学校行事、クラブ活動中以外）　⑤通学中　⑥…（　から　の間）
それぞれいずれかの番号に○印をつけてください。

> **⑤・⑥は対象外**

事故状況
何をしている時（スポーツの場合は競技名も記載してください。）
［例］ラグビーの試合中に
何が起きて
相手選手と接触し、折り重なって地面に倒れた。
どのようになった
右手首に激痛を感じ、病院で診断を受けた結果、右手根骨が骨折していたため、入院し手術を受けた。
その他詳しい情報

おけがの内容
おけがの部位　**※けがの部位を○で囲む**　胸　腹　脊柱　腰　臀部　（右・左）腕（手指以外）・（右・左）手指　（右・左）足（足指以外）・（右・左）足指　左記以外
症状　**※けがの症状を○で囲む**　骨折　脱臼　火傷　その他　傷病名
後遺障害（ある場合にはご記入ください）　**※著しい障害が残った場合に記入**
感染症　感染症名　感染症予防措置の内容

学校証明欄
事故証明
上記事故事実に相違ないことを証明します。
学校名
氏名　印
被保険者との関係

> **正　課　中＝担当教員**
> **課外活動中＝団体責任者（部長）**
> **※体育会は監督でも可**
> **学校行事中＝当該部署長**
> **学校施設内＝各キャンパス学生支援事務長**

> **捺印は４枚目まで**

証明（☑してください。）　Bタイプ（1200万コース）
学校名
職名

> **記入不要**
> **※学生支援事務室で証明**

届出証明（学校施設外の課外活動中事故の場合に必要となります。）
上記活動は本学の規則に則った所定の手続きにより本学の認めた学内学生団体の管理下で行う課外活動中の…
学校名
職名

> **記入不要**
> **※学生支援事務室で証明**
> **※課外活動中の事故の場合は事前に「行事届」の提出が必要。**

保険会社記入欄

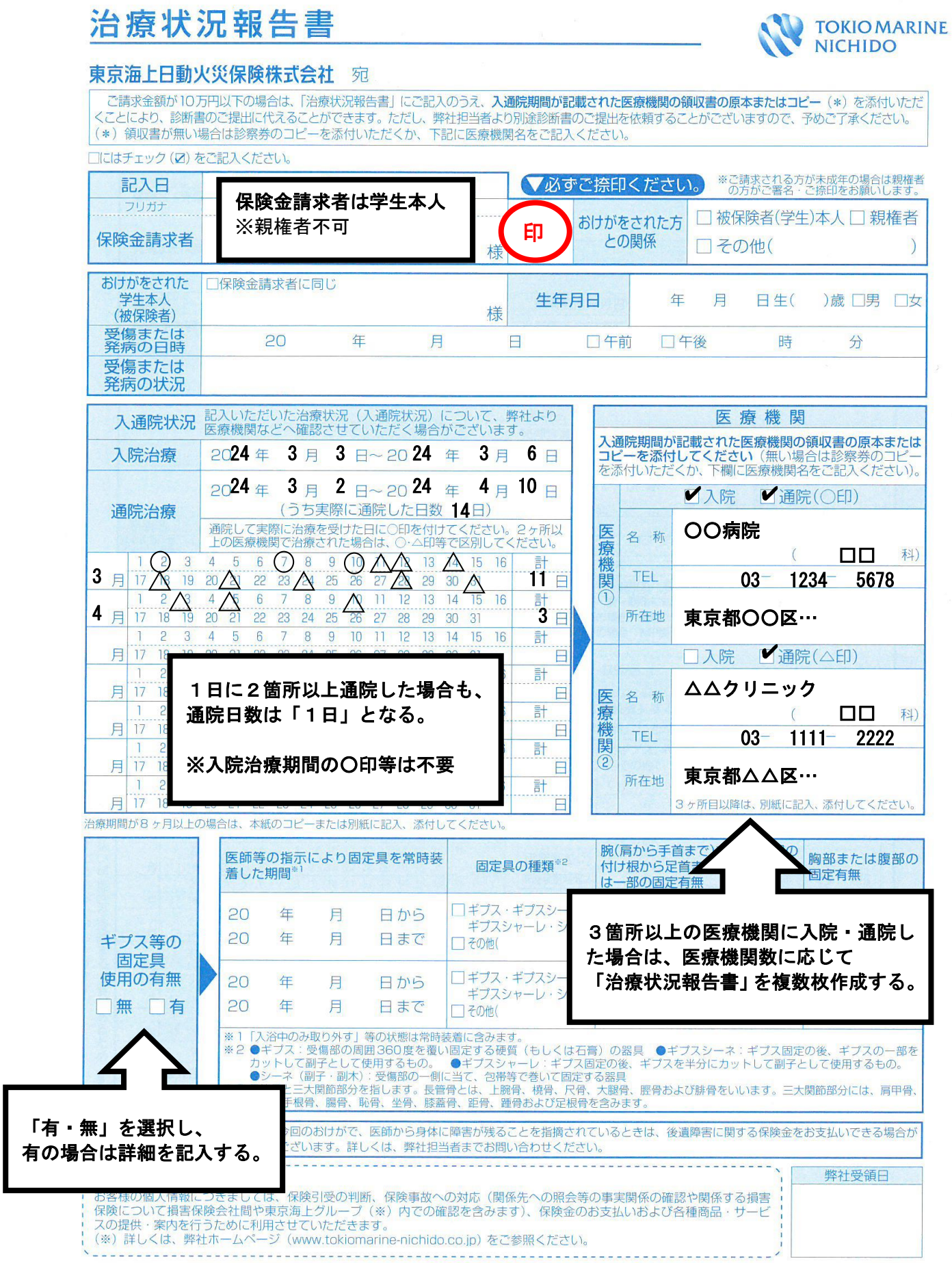
> **記入不要**

A04-88550(3)改定202001

【注意事項】
略称は使用しないこと（例）アメフト → アメリカンフットボール
　　　　　　　　　　　　　バスケ　 → バスケットボール

『学研災』治療状況報告書

保険金請求額が<u>３０万円を超える</u>※の場合は、医師が作成する「診断書」の提出が必要です。
※「２．医療保険金のめやす」参照。



治療状況報告書

TOKIO MARINE NICHIDO

東京海上日動火災保険株式会社　宛

ご請求金額が10万円以下の場合は、「治療状況報告書」にご記入のうえ、**入通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		▼必ずご捺印ください。	※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。
フリガナ			
保険金請求者	様 印	おけがをされた方との関係	□被保険者(学生)本人 □親権者 □その他( )

保険金請求者は学生本人
※親権者不可

おけがをされた学生本人（被保険者）	□保険金請求者に同じ 様	生年月日	年 月 日生( )歳 □男 □女
受傷または発病の日時	20 年 月 日 □午前 □午後 時 分		
受傷または発病の状況			

入通院状況	記入いただいた治療状況（入通院状況）について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合がございます。
入院治療	2024 年 3 月 3 日～2024 年 3 月 6 日
通院治療	2024 年 3 月 2 日～2024 年 4 月 10 日（うち実際に通院した日数 14日）

通院して実際に治療を受けた日に○印を付けてください。２ヶ所以上の医療機関で治療された場合は、○・△印等で区別してください。

3 月	1 △2 3 4 5 6 ○7 8 9 ○10 △11 △12 13 △14 15 16 17 △18 19 20 △21 22 23 △24 25 26 27 △28 29 30 △31	計 11 日
4 月	1 2 △3 4 △5 6 7 8 9 ○10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 3 日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	計 日
月		計 日
月		計 日
月		計 日
月		計 日
月		計 日

１日に２箇所以上通院した場合も、通院日数は「１日」となる。

※入院治療期間の○印等は不要

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

医療機関

入通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）。

医療機関①	☑入院 ☑通院(○印)	
	名称	○○病院 (□□ 科)
	TEL	03－1234－5678
	所在地	東京都○○区…
医療機関②	□入院 ☑通院(△印)	
	名称	△△クリニック (□□ 科)
	TEL	03－1111－2222
	所在地	東京都△△区…

３ヶ所目以降は、別紙に記入、添付してください。

３箇所以上の医療機関に入院・通院した場合は、医療機関数に応じて「治療状況報告書」を複数枚作成する。

ギプス等の固定具使用の有無	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)・脚(付け根から足首まで)は一部の固定有無	胸部または腹部の固定有無
□無 □有	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	□ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ □その他(		
	20 年 月 日から 20 年 月 日まで	□ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ □その他(		

「有・無」を選択し、有の場合は詳細を記入する。

※１「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含みます。
※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
上三大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、手根骨、腸骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨を含みます。

今回のおけがで、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ございます。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