

海外学校傷害保険金請求書(兼事故証明書) 【海外子女教育振興財団】

東京海上日動火災保険株式会社 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し保険金を請求しますので、振込指図の通りお支払いください。

請求日： 20 年 月 日

保険金請求者(親権者)

住所

氏名

印

|                  |             |             |                        |
|------------------|-------------|-------------|------------------------|
| 請求する保険金の種類(該当に○) | [1] 入・通院保険金 | [2] 後遺障害保険金 | [3] 死亡保険金              |
| 加入している保険契約のタイプ   | タイプ         | 保険期間        | 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで |

|         |      |     |    |     |     |     |   |
|---------|------|-----|----|-----|-----|-----|---|
| 被傷者について | フリガナ |     |    |     |     |     |   |
|         | 氏名   |     |    |     | 男・女 | 年齢  | 歳 |
|         | 所属   | 住所  |    |     |     |     |   |
|         | 学校   | 学校名 |    |     |     |     |   |
|         | 入学年月 | 年 月 | 学年 | 小・中 | 年生  | クラス | 組 |

|      |    |          |           |    |  |  |
|------|----|----------|-----------|----|--|--|
| 事故内容 | 日時 | 20 年 月 日 | 時 分頃(24H) | 場所 |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |
|      |    |          |           |    |  |  |

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 休学期間(※あった場合ご記入ください) | 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで |
|---------------------|------------------------|

上記の被傷者は当校の 児童・生徒 / 職員 であり、当事故は学校管理下中において発生したものであることを証明いたします。

学校長

印

事故発生時の担当教師

印

|                       |                 |                        |                                 |                                |
|-----------------------|-----------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 傷病名                   |                 |                        | 後遺障害 ・ 手術名<br>(※あった場合必ずご記入ください) |                                |
| 医師の治療について             | 入院期間            | 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで |                                 |                                |
|                       | 通院または往診を受けていた期間 | 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで |                                 | その期間中、実際に通院または往診を受けた日数 _____ 日 |
| すでに治療は完了していますか?(該当に○) |                 |                        | はい                              | いいえ                            |

<保険金銀行振込指図>

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <p>保険金は下記の口座へお振り込みください。口座への入金をもって支払が完了したものと認めます。</p> <p>三菱UFJ銀行 新丸の内支店<br/>普通口座 No. 0083313<br/>「海外子女教育振興財団」</p> | 海外子女教育振興財団(保険契約者) 使用欄 |
|--|-----------------------|

# 入・通院状況報告書

保険金請求(支払)額が10万円以下の場合、診断書の提出は不要です。この報告書をご記入の上、治療期間が記載された医療機関の領収書(ない場合は診察券または薬袋、コピー可)をご提出ください。

東京海上日動火災保険株式会社 御中

|  |                        |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|--|------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---------|---|----|----|---------|----|----|----|----|----|----|-----------|--|----|----|----|----|----|----|----|---|--|
| 傷病者  | 氏名 ( ) 才) 男・女          |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 負傷日時<br>発病日  | 20 年 月 日 時間(24H) 時 分 頃 |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 治療内容・期間  | 部位                     | 頭・顔・頸・腰・手・脚・足・手指・足指<br>その他 ( ) |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 症状      | 打撲・捻挫・すり傷・切創・火傷・骨折・脱臼<br>その他 ( )  |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | [入院]                   | 年 月 日 ~ 年 月 日                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    | [休業(学)] | 年 月 日 ~ 年 月 日   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | [固定具の使用]               | 年 月 日 ~ 年 月 日                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    | [使用器具]  | <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シネ <input type="checkbox"/> ギブス <sup>ス</sup> ネ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |         |    |    |    |    |    |    | [ご自身での着脱] | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  |                        | 年 月 日 ~ 年 月 日                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         | <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 副子・副木・シネ <input type="checkbox"/> ギブス <sup>ス</sup> ネ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ※ギプス・・・受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質(多くは石膏)の器具<br>※副子・副木・シネ・・・受傷部の一侧に当て、包帯等で巻いて固定する器具<br>※ギブス <sup>ス</sup> 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 |                        |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 治療期間が記載された医療機関の領収書(ない場合は診察券または薬袋)をご提出ください(コピーも可)。<br>※医療機関の領収書(ない場合は診察券または薬袋)に医療機関名が記載されていない場合は、「医療機関欄」をご記入ください。                     |                        |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 医療機関   | [名称]                   |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    | [担当医師名] |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|  | [所在地]                  |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    | TEL ( ) |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| 通院治療を受けた日に○印をご記入ください。※2カ所以上の医療機関に通院された場合は△・×印等で区別ください。   |                        |                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |         |   |    |    |         |    |    |    |    |    |    |           |  |    |    |    |    |    |    | 合計 |   |  |
| 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 | 日 |  |
| 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 | 日 |  |
| 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 | 日 |  |
| 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 | 日 |  |
| 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 | 日 |  |
| 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 | 日 |  |

上記事実と相違ないことを確認します。

なお、本件について貴社が必要とする事項を医療機関等へ照会することに同意します。

被保険者(※)  
( 保険金 請求者 )

|   |
|---|
| 住所  |
| 氏名 <span style="float: right;">(印)</span> |

20 年 月 日

※被保険者が未成年の場合は親権者の方となります。

PLEASE FILL OUT THIS STATEMENT EITHER IN ENGLISH OR IN JAPANESE.  
DETAILS ARE REQUESTED TO EXPEDITE PROMPT BUSINESS.

### ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

## 診 断 書

|  |                           |  |  |
|--|---------------------------|--|--|
| PATIENT NAME 患者氏名: _____   |                           | <input type="radio"/> MALE 男 · <input type="radio"/> FEMALE 女  |  |
| DATE OF BIRTH 生年月日: _____  |                           | AGE 年齢: _____  |  |
| PATIENT ADDRESS 住所: _____  |                           |  |  |
| PATIENT OCCUPATION 職業: _____   |                           |  |  |
| DIAGNOSIS 診断名<br>_____   |                           |  |  |
| CONDITION OF INJURY 傷害の状態及び経過<br>_____   |                           |  |  |
| DATE OF ACCIDENT 事故発生日: _____  |                           |  |  |
| PLACE OF ACCIDENT 事故発生場所: _____  |                           |  |  |
| CAUSE OF ACCIDENT 事故の原因: _____   |                           |  |  |
| IF SURGICAL PROCEDURE WAS PERFORMED, PLEASE INDICATE. 外科手術をされた場合は、ご記入ください。<br>CATEGORY OF THE PROCEDURE 種類: <input type="radio"/> ORTHOPEDIC SURGERY 整形外科手術、 <input type="radio"/> CRANIOTOMY 開頭術、<br><input type="radio"/> THORACOTOMY 開胸術、 <input type="radio"/> LAPAROTOMY 開腹術、 <input type="radio"/> OTHERS 其他 |                           |  |  |
| PLEASE NAME THE SURGICAL PROCEDURE 術式名: _____  |                           | DATE 日付: _____   |  |
| IF SKIN GRAFT WAS PERFORMED, PLEASE INDICATE THE SIZE FROM THE FOLLOWINGS 植皮術をされた場合は、 <input type="radio"/> 25cm OR LARGER 25cm以上 <input type="radio"/> SMALLER THAN 25cm 25cm未満   |                           |  |  |
| INITIAL CONSULTATION DATE FOR THIS CONDITION?<br>患者がこの症状で初めて診察に来た日   |                           | M<br>O<br>N<br>T<br>H  | PLEASE INDICATE THE MONTH AND CIRCLE THE DAY(S) OF<br>OUTPATIENT OFFICE VISIT.<br>実通院治療日に○印をつけてください。 |
| DATE 日付: _____   | TIME 時間: _____ AM.<br>PM. |  |  |
| INPATIENT TREATMENT PERIOD 入院期間  |                           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| FROM 自 _____ UNTIL 至 _____<br>DAYS 通院日数  |                           |  |  |
| OUTPATIENT OFFICE VISIT PERIOD 通院期間  |                           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| FROM 自 _____ UNTIL 至 _____<br>DAYS 通院日数 (INDICATE THE EXACT NUMBER OF<br>THE PATIENT OFFICE VISIT.)  |                           |  |  |
| USE OF CAST OR BRACE, IF ANY.<br>固定具使用の有無 <input type="radio"/> YES 有 · <input type="radio"/> NO 無   |                           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| IF YES, PLEASE INDICATE. 有の場合、具体的にお教えください。   |                           |  |  |
| FROM 自 _____ UNTIL 至 _____   |                           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| WAS THERE PAST TREATMENT HISTORY RELATES TO THE PRESENT INJURY?<br>当該傷病の治療歴の有無 <input type="radio"/> YES 有 · <input type="radio"/> NO 無  |                           | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16<br>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31   |  |
| IF YES, PLEASE INDICATE. 有の場合、具体的にお教えください。   |                           |  |  |
| WHEN INITIALLY DIAGNOSED? 初診はいつですか。  |                           | PLEASE INDICATE THE PERIOD OF TIME COMPLETELY IMPOSSIBLE FOR THE PATIENT TO<br>COMMUTE OR ATTEND A CLASS.<br>就業・就学が全く不可能と思われる期間をご記入ください。 |  |
| WAS THERE ANY EXISTED SYMPTOM/CONDITONS CAUSING THE PRESENT INJURY?<br>当該傷病に影響を与える既存の病状の有無 <input type="radio"/> YES 有 · <input type="radio"/> NO 無  |                           | FROM 自 _____ UNTIL 至 _____   |  |
| IF YES, PLEASE INDICATE. 有の場合、具体的にお教えください。   |                           | DATE OF CURE, EXPECTED DATE OF CURE, OR DATE OF FACILITY TRANSFER.<br>治癒日、治癒見込日、転医日  |  |
| WHEN INITIALLY DIAGNOSED? 初診はいつですか。  |                           |  |  |
| DESCRIPTION OF LONG-TERM DISABILITY, IF ANY. 後遺障害<br>_____   |                           |  |  |
| POSSIBLE IMPROVEMENT OF THE ABOVE DISABILITY 上記後遺障害の改善の可能性の有無  |                           | <input type="radio"/> YES 有 · <input type="radio"/> NO 無   |  |

ADDRESS 住所: \_\_\_\_\_

DATE 日付: \_\_\_\_\_

TELEPHONE 電話番号: \_\_\_\_\_

SIGNATURE 署名または  
記名捺印

印

ATTENDING PHYSICIAN 担当医

年 月 日

公益財団法人 海外子女教育振興財団  
事業部助成チーム 学校保険担当 御中

## 海外学校傷害保険 保険金送金連絡書

学校名 \_\_\_\_\_

学校長名 \_\_\_\_\_ 印

被傷者 \_\_\_\_\_ に係る表題保険金について、下記の金融機関  
口座に送金ください。

|                       |                          |                 |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| 日本国内<br>金融機関名         | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 |
| 預金種別                  | 1. 普通預金(総合口座)            | 2. 当座預金         |
| 口座番号                  |                          |                 |
| (フリガナ)<br>口座名義人       |                          |                 |
| 口座名義人 連絡先<br>(住所・TEL) |                          |                 |
|                       |                          |                 |

※日本国内代理人の方の金融機関口座をご指定いただくことも可能です。

※日本国内に金融機関口座がない場合は、事前に海外子女教育振興財団までご相談ください。