

2024年度

# 傷害見舞金制度『みらい』 制度マニュアル



傷害見舞金制度『みらい』は単位クラブの会員・児童が単位クラブ活動中にケガをした場合の見舞金と単位クラブの会員が法律上の損害賠償責任を負った場合の賠償金がセットされた制度です。



# 目次

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1. 傷害見舞金制度『みらい』の概要                 |    |
| ① 制度の目的                            | 2  |
| ② 制度の仕組み                           | 2  |
| ③ 適用期間                             | 2  |
| 2. 傷害見舞金制度                         |    |
| ① 給付規定                             | 2  |
| ② 制度対象者                            | 2  |
| ③ 対象となる事故                          | 3  |
| ④ お支払いする見舞金                        | 3  |
| ⑤ 見舞金をお支払いできない主な場合                 | 3  |
| 3. 賠償責任保険制度                        |    |
| ① 被保険者                             | 3  |
| ② 対象となる事故                          | 3  |
| ③ お支払いする保険金                        | 4  |
| ④ 保険金をお支払いできない主な場合                 | 4  |
| 4. 給付金額と会費                         | 5  |
| 5. 入会受付の流れ（2024年度）                 | 6  |
| ① 入会受付フロー                          | 6  |
| ② 入会申込書の送付先および会費振込先                | 7  |
| 6. 単位クラブの入会申込みについて                 | 7  |
| 7. 単位クラブの中途入会について                  | 7  |
| 8. 登録内容変更について                      | 8  |
| 9. みらい登録証について                      | 8  |
| 10. 登録状況等確認通知書について（県・市地域活動連絡協議会のみ） | 8  |
| 11. 事故発生時の対応                       | 9  |
| ① 事故発生時のフロー図                       | 9  |
| ② 給付金請求手続き                         | 9  |
| 11. お問い合わせ先                        | 10 |
| 添付資料                               |    |
| 入会申込書（記載例）                         | 11 |
| 入会一覧表＜明細＞（記載例）                     | 12 |
| 登録内容変更届出書（記載例）                     | 13 |
| 人数変更一覧表（記載例）                       | 14 |
| 事故報告書（記載例）                         | 15 |
| 傷害見舞金給付申請書（記載例）                    | 16 |
| 診療状況申告書（記載例）                       | 17 |
| 同意書（記載例）                           | 18 |
| 傷害見舞金規定                            | 19 |

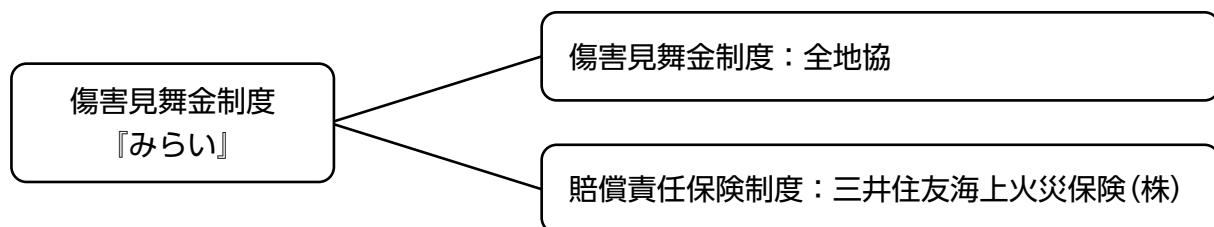
## 1. 傷害見舞金制度『みらい』の概要

### 1 制度の目的

この制度は全国地域活動連絡協議会（以下、全地協）の会員（単位クラブ）が利用できるものです。単位クラブの皆様に安心して活動していただくために、単位クラブの活動中の傷害事故に対するお見舞や賠償責任を負った場合の備えとして実施しており、単位クラブの運営に不可欠な制度です。

### 2 制度の仕組み

単位クラブの会員や会員の子（以下、児童）が単位クラブ活動中にケガをされたり、死亡された場合に、全地協が「傷害見舞金規定」に従って、その単位クラブに対して見舞金をお支払いする傷害見舞金制度と単位クラブのボランティア活動中の事故により、単位クラブ所属のボランティア（会員・児童）が法律上の賠償責任を負った場合の賠償責任保険制度をセットしたものです。



### 3 適用期間

2024年5月20日～2025年5月20日の1年間

ただし中途入会の場合は、入会月20日から2025年5月20日までの1年未満の期間となります。

## 2. 傷害見舞金制度

### 1 納付規定

傷害見舞金制度は、全地協の「傷害見舞金規定」（P.19～P.20 参照）に基づき運営されます。

### 2 制度対象者

傷害見舞金制度の対象者は、単位クラブ（会員・児童）になります。

### **3 対象となる事故**

会員および児童が単位クラブの行事に参加中、また、行事に参加するための往復途上（合理的な経路および方法により、所定の集合・解散場所と住居を往復している間）に急激かつ偶然な外来の事故により傷害を被った場合が対象となります。（傷害見舞金規定第3条・第4条）

### **4 お支払いする見舞金**

傷害見舞金規定第6条～第9条をご参考ください。

### **5 見舞金をお支払いできない主な場合**

傷害見舞金規定第5条をご参考ください。

## **3. 賠償責任保険制度**

### **1 被保険者**

単位クラブ（代表者）となります。

### **2 対象となる事故**

単位クラブ所属のボランティア（会員・児童）が単位クラブのボランティア活動中に次のような事故により、他人にケガをさせたり、財物を壊す等、法律上の賠償責任を負った場合が補償の対象となります。

#### **① 行事開催中、児童に対する指導上の過失による事故**

例) 会員がレクリエーションに引率していく途中、監督不十分により、児童が交通事故にあった。

#### **② ボランティア活動中に単位クラブの会員が与えた飲食物による事故**

例) 児童に与えたおやつが原因で食中毒になった。

#### **③ 第三者から借用した受託物に対する事故**

例) 映写会を開催するために、借りた映写機を落として破損させ、所有者に対して賠償責任を負った。

### ③ お支払いする保険金

#### 【賠償責任保険金】

単位クラブ所属のボランティアが日本国内において、保険期間中、次の事故に起因して他人を死傷させ、または他人の財物を損壊させたことにより、法律上の賠償責任を負担することによって被る損害に対して保険金をお支払いします。

- ・単位クラブのボランティア活動中の事故
- ・単位クラブのボランティア活動に伴う提供物に起因する事故
- ・単位クラブのボランティア活動の結果に起因する偶然な事故
- ・単位クラブのボランティア活動に伴って使用、管理する財物の事故

また次の諸費用もお支払いします。

- ・ケガをした人に対する応急手当、緊急措置等に要した費用
- ・訴訟になった場合は訴訟費用や弁護士報酬
- ・損害の拡大防止、軽減に要した費用
- ・他人に対する権利の保全、行使のための手続費用
- ・引受保険会社による解決に協力するために要した費用

※この保険では、保険会社がご加入者に代わって示談交渉を行う「示談交渉のサービス」は行いませんが、万一、ご加入者が賠償責任を負う事故が発生した場合には保険会社が賠償問題を円満に解決するようにご相談に応じさせていただきます。なお、あらかじめ保険会社の承認を得ないで賠償責任を認めたり、賠償金などを支払われた場合には保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

### ④ 保険金をお支払いできない主な場合

① 自動車または原動機付自転車の所有・使用・管理に起因する事故

ただし単位クラブ所属のボランティア（会員・児童）が傷害を被った場合は傷害見舞金制度で補償

② 被保険者の故意

③ 提供物または単位クラブ活動の結果が、所期の効能・性能を発揮できなかつたことによる損害

④ 他人との間に結んだ損害賠償に関する契約により加重された賠償責任

⑤ 提供物のかしによる提供物自身の損壊に対する賠償責任

⑥ 地震もしくは噴火またはこれらによる津波に起因する事故

⑦ 戦争・暴動・革命等に起因する事故

⑧ 職業上の業務の遂行に起因する事故

⑨ 専門職業に起因する事故（医療行為等）

⑩ 配偶者・同居の親族等に与えた損害

など

## 4. 給付金額と会費

| 給付内容  |                           | 給付金額              |
|-------|---------------------------|-------------------|
| 傷害見舞金 | 死亡                        | 10万円              |
|       | 後遺障害                      | 10万円(支払区分表の割合を適用) |
|       | 入院期間                      | 61日以上 25,000円     |
|       |                           | 31日～60日 17,500円   |
|       |                           | 15日～30日 12,500円   |
|       |                           | 8日～14日 7,500円     |
|       |                           | 7日 5,000円         |
|       | 通院期間                      | 4日～6日 3,000円      |
|       |                           | 3日以内 2,000円       |
|       |                           | 31日以上 12,500円     |
|       |                           | 15日～30日 7,500円    |
|       |                           | 8日～14日 5,000円     |
| 賠償責任  | 身体障害・財物損壊事故共通<br>1事故支払限度額 | 1億円(免責金額0円)       |
|       | 会員<br>1名あたり会費             | 110円              |
|       | 児童<br>1名あたり会費             | 100円              |

※会員・児童1名あたりの会費とは、傷害見舞金制度を維持していくための費用として納めていただくものです。県・市地域活動連絡協議会の事務取扱費にも充てられます。

※地域活動連絡協議会が結成されていない地域の単位クラブは、全地協の準会員として準会員年会費1,000円をいただきます。

## 5. 入会受付の流れ（2024年度）

### 1 入会受付フロー

県・指定都市・中核市地協（以下、各県・市地協）組織が設置されている単位クラブは直接全地協へ入会申込をすることはできません。以下の入会受付フローにしたがって各県・市地協でお取りまとめください。

入会受付締切 5月10日

全国地域活動連絡協議会

入会申込資料 送付

会員 県・市地協事務局

送付資料

- ① 傷害見舞金制度「みらい」ご案内チラシ
- ② 制度マニュアル
- ③ 全国地域活動連絡協議会入会申込書
- ④ 事故報告書・登録内容変更届出書
- ⑤ ※入会一覧表（明細）（事務局用）
- ⑥ ※人数変更一覧表（事務局用）
- ⑦ ※全地協あて払取扱票（事務局用）

令和5年度準会員

新規入会クラブ

送付資料

- ① 傷害見舞金制度「みらい」ご案内チラシ
- ② 傷害見舞金制度「みらい」ご利用にあたって（準会員向けご案内）
- ③ 制度マニュアル
- ④ 全国地域活動連絡協議会入会申込書
- ⑤ 事故報告書・登録内容変更届出書
- ⑥ 全地協あて払取扱票（準会員専用）

- ① 傷害見舞金制度「みらい」ご案内チラシ
- ② 制度マニュアル
- ③ 全国地域活動連絡協議会入会申込書
- ④ 事故報告書・登録内容変更届出書、他

会員 地協内 単位クラブ

- ③ 全国地域活動連絡協議会入会申込書  
・会費（傷害見舞金制度維持会費）、他

- ④ 全国地域活動連絡協議会入会申込書
- ⑥ 会費（傷害見舞金制度維持会費・準会員会費）

会員 県・市地協事務局

- ③ 全国地域活動連絡協議会入会申込書とりまとめ
- ⑤ 入会一覧表（明細）作成
- ⑦ 会費（傷害見舞金制度維持会費）とりまとめ

5/10  
締切

入会申込書送付・会費（傷害見舞金制度維持費）振込

※準会員は1クラブにつき準会員年会費1,000円を合わせてお振込みください。

全国地域活動連絡協議会

## 2 入会申込書の送付先および会費振込先

### 【送付先】

全国地域活動連絡協議会事務局  
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会ビル7F  
(一財)児童健全育成推進財団内

### 【会費振込先】

ゆうちょ銀行 00140-6-110179  
名義 全国地域活動連絡協議会

## 6. 単位クラブの入会申込みについて

入会申込書（記載例 P.11）の記載内容について間違いがないか、必ずご確認ください。万が一、入会申込書に記載された内容が事実と相違する場合や該当項目に記入のない場合は、見舞金・賠償責任保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

- ① 代表者のご捺印の有無
- ② 単位クラブ内での一部入会はできませんので、必ず会員・児童の全人数分で入会。  
(児童のみの入会はできません。)
- ③ 県・市地域活動連絡協議会は、入会申込書の記載内容をご確認後、入会一覧表（記載例 P.12）を必ず作成の上、添付し併せて会費のお振込みをしてください。  
＊入会一覧表は必ずお控えください。年度中および年度終了後の精算時に精算請求書の内容等、ご確認いただく上で必要となります。

## 7. 単位クラブの中途入会について

- ① 毎月10日付けで受け付けます。（入会申込書を使用）
- ② 適用期間は、当月20日から2024年5月20日までの1年未満の期間となります。
- ③ 中途入会分の会費は年間会費と同額です。
- ④ 県・市地域活動連絡協議会は、入会申込書の記載内容をご確認後、入会一覧表を必ず作成の上、添付し併せて会費のお振込みをしてください。（毎月10日必着）当月20日付での適用開始となります。  
＊入会一覧表は必ずお控えください。年度中および年度終了後の精算時に精算請求書の内容等、ご確認いただく上で必要となります。  
＊締切日を過ぎた場合は翌月分として手続きいたしますので、ご了承ください。

## 8. 登録内容変更について

### ① 会員・児童が増員した場合

<登録内容変更届出書（記載例 P.13）を使用【入会申込書では取扱いできません】>

毎月 10 日付で受け付けます。

各県・市地協にて毎月の締切日を設定し、全地協事務局宛「登録内容変更届出書」と

「人数変更一覧表（記載例 P.14）」を必ず作成の上、添付してください。（毎月 10 日必着）

当月 20 日付での変更となります。

\*締切日を過ぎた場合は翌月分として手続きいたしますので、ご了承ください。

\*「人数変更一覧表」は必ずお控えください。年度中および年度終了後の精算時に精算請求書の内容等、ご確認いただく上で必要となります。

### ② 会員・児童が減員した場合

会費の返戻ができませんので連絡は不要です。

### ③ 会員・児童が入れ替えした場合

各合計人数に変更がない場合、連絡は不要です。

### ④ 中途脱退

毎月 20 日付で脱退できます。「登録内容変更届出書」を全地協事務局へ送付してください。ただし、会費の返戻はありません。

### ⑤ その他

住所、代表者等に変更が生じた場合やこの賠償責任保険と補償の範囲が重なる他の保険をご契約された場合は、「登録内容変更届出書」を全地協事務局へ送付してください。

ご連絡がない場合、変更後の事故については賠償責任保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

## 9. みらい登録証について

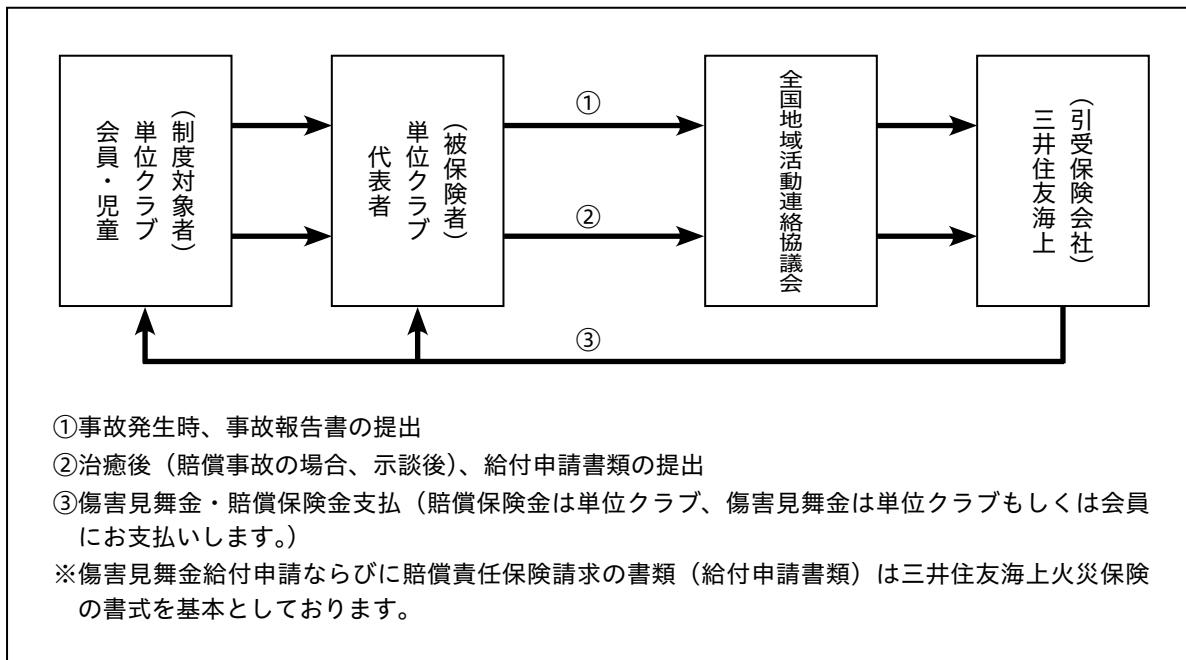
みらい登録証は、入会単位クラブに適用期間開始日より約 1 ヶ月後に直送いたします。なお、登録内容の変更（会員・児童数の変更）時には、みらい登録証の再発行は行いませんが、住所・代表者の変更時のみ再発行いたします。

## 10. 登録状況等確認通知書について（県・市地域活動連絡協議会のみ）

全地協事務局より年 1 回（1 月中旬頃）登録状況等を確認していただくための通知書を、各県・市地協事務局宛に送付いたしますので必ずご確認ください。内容等に相違がある場合は、全地協事務局までご連絡ください。

## 11. 事故発生時の対応

### 1 事故発生時のフロー図



### 2 給付金請求手続き

※各単位クラブと保険会社（代理店・扱者）の間で手続きを行いますので、各県・市地協での作業はありません。

#### 1. 傷害事故の場合

##### (1) 事故報告

制度対象者（会員・児童）がケガをされた場合、直ちに『事故報告書』を全地協まで送付してください。（記載例 P.15）※必ず行事名をご記入ください。

##### (2) 給付金請求

下記給付申請書類①・②・③を「全地協」のホームページに掲載しております。プリントアウトしてご使用ください。給付申請書類を送付希望の場合は「傷害見舞金制度『みらい』事故報告書」の「給付申請書類送付の有無」欄の送付希望にチェックしてください。

治癒後下記書類①・②・③・④・⑤を全地協まで送付してください。

①『傷害見舞金給付申請書 保険金請求書(兼)支払指図書』(記載例 P.16)

②『診療状況申告書』(記載例 P.17)

③『同意書』(記載例 P.18)

④『診察券もしくは薬袋(コピーで可)』(ない場合は診療状況申告書に病院名、所在地、診察券番号を記入してください。)

⑤『会員名簿(含む児童)(写し)』(単位クラブでご用意願います。)

※特に必要のない限り保険会社からご連絡いたしませんのでご了承ください。

※見舞金支払後、制度対象者へ見舞金支払通知のご案内をいたします。

※死亡事故の場合は別途、引受保険会社から手続についてご連絡いたします。

## 2. 賠償事故の場合

### (1) 事故報告

単位クラブに賠償責任があると思われる事故が発生した場合、直ちに『事故報告書』を全地協まで送付してください。保険会社と単位クラブが協議の上、迅速かつ公平に賠償責任の有無、賠償責任額の決定等、アドバイスをさせていただきます。

### (2) 保険金請求

全地協または引受保険会社から請求書類一式を送付いたします。

## 11. お問い合わせ先

### <入会手続き・傷害見舞金制度「みらい」について>

#### ●全国地域活動連絡協議会 事務局

(一般財団法人児童健全育成推進財団内)

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会ビル 7F

TEL.03-3797-8183 FAX.03-3486-5142

### <賠償責任保険について>

#### ●代理店・扱者 有限会社 ナック

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-2-4 青山アルコープ 809 号

TEL.03-3406-1991

#### ●引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社 公務第二部営業第一課

〒101-8011 東京都千代田区神田駿河台 3-11-1

TEL.03-3259-3017

# 全国地域活動連絡協議会 入会申込書

みらい子育てネット  
全国地域活動連絡協議会 御中

記入日 2024年4月1日

|             |        |                                    |       |              |
|-------------|--------|------------------------------------|-------|--------------|
| 申<br>込<br>人 | 単位クラブ名 | 未来クラブ                              |       |              |
|             | 代表者名   | みらい花子                              |       |              |
|             | 住所     | 〒150-0001<br>東京 都道府・県 渋谷区神宮前5-53-1 |       |              |
|             | 電話番号   | 03-1234-5678                       | FAX番号 | 03-1234-8765 |

|        |  |                         |                 |       |     |
|--------|--|-------------------------|-----------------|-------|-----|
| 書類の送付先 | ご希望の送付先の□に☑チェック願います                              | 住所<br>(建物名まで詳細にご記入ください) | 〒<br>都・道<br>府・県 |       |     |
|        | <input type="checkbox"/> 申込人                     |                         |                 |       |     |
|        | <input type="checkbox"/> その他<br>(その他の場合、ご記入ください) | お名前                     |                 |       |     |
|        |  | 電話番号                    | - -             | FAX番号 | - - |

## 傷害見舞金制度適用申請

次のとおり会員数・児童数を報告し、傷害見舞金制度「みらい」を利用します。

〈ご注意〉入会申込書には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

|  |                                |                       |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| 会 費  | 会員数                            | ※ 30名 × 110円 = 3,300円 |
|  | 児童数                            | ※ 40名 × 100円 = 4,000円 |
|  |                                | 合計 7,300円             |
| ※地域活動連絡協議会が結成されていない都道府県のクラブ(準会員)は1クラブあたり1,000円の年会費をいただきます。 |                                |                       |
| 見舞金制度適用期間  | 2024年5月20日午後4時から(新規入会の場合は午前0時) |                       |
|  | 2025年5月20日午後4時まで               |                       |

|  |    |      |      |      |               |            |
|--|----|------|------|------|---------------|------------|
| この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。<br>(ありのときは右欄に記入) | あり | 保険会社 | 保険種類 | 保険金額 | 過去3年間における事故回数 | ありの場合は( )回 |
|--|----|------|------|------|---------------|------------|

|          |     |          |  |        |     |        |  |
|----------|-----|----------|--|--------|-----|--------|--|
| 事務局使用欄   |     |          |  |        |     |        |  |
| 県・市地協受付日 | / / | 県・市地協担当者 |  | 全地協受付日 | / / | 全地協担当者 |  |

みらい子育てネット  
全国地域活動連絡協議会 御中

## 傷害見舞金制度『みらい』入会一覧表 <明細>

|      |             |
|------|-------------|
| 地協名  | ○○県         |
| 担当者名 | 地域 ケイ子      |
| 送金日  | 2024年 5月 1日 |

1名あたり会費  
会員:110円  
児童:100円

みらい子育てネット  
全国地域活動連絡協議会 御中

2024年10月1日

ご注意 本用紙は、コピーしてご使用ください。

## 傷害見舞金制度『みらい』登録内容変更届出書

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| みらい登録No.<br>(みらい登録証ご参照) | 12345                |
| 住所                      | 東京 都道府県 渋谷区神宮前5-53-1 |
| 電話                      | 03-1234-5678         |
| 単位クラブ名                  | 未来クラブ                |
| 代表者氏名                   | みらい花子                |

|       |   |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
|-------|---|-------|----------------|-------|-------|----------------|-------|--|--|----|------|--|
| 変更日   | 2024年10月20日より登録内容変更を希望します。  |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
| 変更の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 住所、代表者等の変更<br>新住所 〒101-8011<br>東京都千代田区神田駿河台3-11-1<br>新電話 03-2345-6789<br>新単位クラブ名 _____<br>新代表者名 _____  |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
|       | <input type="checkbox"/> 2. 会員、児童数の変更<br>現会員数 _____名 → 変更後会員数 _____名<br>現児童数 _____名 → 変更後児童数 _____名<br>* 増員の場合は会費を送金ください。<br>減員の場合は会費の返戻はありませんので連絡は不要です。<br>* 現会員・児童数には前回報告(以前に変更がない場合には入会時の人数を記入してください)。 |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
|       | <input type="checkbox"/> 3. 単位クラブが対象となる、他の賠償責任保険を契約した。  |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
|       | <table border="1"> <tr> <td>保険会社</td> <td>保険種類</td> <td>保険料金額</td> <td>過去3年間ににおける事故回数</td> <td>ありの場合</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>万円</td> <td>[ ]回</td> <td></td> </tr> </table>               |       | 保険会社           | 保険種類  | 保険料金額 | 過去3年間ににおける事故回数 | ありの場合 |  |  | 万円 | [ ]回 |  |
| 保険会社  | 保険種類  | 保険料金額 | 過去3年間ににおける事故回数 | ありの場合 |       |                |       |  |  |    |      |  |
|       |   | 万円    | [ ]回           |       |       |                |       |  |  |    |      |  |
| 脱退希望日 | 年 月 20日より脱退を希望します。  |       |                |       |       |                |       |  |  |    |      |  |

|          |     |          |  |        |     |        |
|----------|-----|----------|--|--------|-----|--------|
| 事務局使用欄   |     |          |  |        |     |        |
| 県・市地協受付日 | / / | 県・市地協担当者 |  | 全地協受付日 | / / | 全地協担当者 |

## 『みらい』人數更一覽表

県名協地

THE JOURNAL OF CLIMATE

1名あたり会費  
会員:110円  
児童:100円

### (記載例)

県・市地域活動連絡協議会 使用

&lt;送付先&gt;

FAX 03-3486-5142

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会ビル7F  
全国地域活動連絡協議会 御中

2024年 7月 2日

## 傷害見舞金制度『みらい』事故報告書

次の通り事故報告いたします。

(給付申請書類送付の有無) (□にチェック)

不要 送付希望(代表者住所) 送付希望(代表者住所以外) ※下記送付先住所を記入ください。

(送付先住所) 〒

氏名

(みらい登録No.) (みらい登録証ご参照) 12345

(単位クラブ名) 未来クラブ

TEL 03-1234-5678

(代表者名) みらい花子

(事故発生日時) 2024年 7月 2日 午前 | 時 30 分頃

(事故発生場所) 東京都渋谷区広尾 1-1

(行事名) \*必ずご記入ください。 第24回仲良しハイキング

(ケガをした人・被害者)

(住所) 〒150-0001

東京都渋谷区神南 1-1 TEL 03-3259-1234

フリガナ チイキ タロウ

(生年月日) 2016年 8月 1日

(氏名) 地域 太郎

(年令) 7才

(事故の原因・状況)

ハイキングで歩行中に転倒した

(受傷の部位)

左足首

(受傷程度)

捻挫

(治療期間の見込み)

7日間

(病院名) みらい病院

(受傷者側・被害者側から賠償請求のある場合具体的に記入してください) \*賠償事故の場合

(加害者) (氏名) 年令 才

単位クラブ代表者証明欄

上記は単位クラブ行事参加中の間に生じた事故であり、  
事実に相違ないことを証明します。

〒150-0001

代表者 住所 東京都渋谷区神宮前 5-53-1

氏名 みらい花子



TEL 03-1234-5678

①傷害事故の場合

制度対象者(会員・児童)が治癒後、全国地域活動連絡協議会のホームページに掲載の「傷害見舞金給付申請書」「診療状況申告書」「同意書」を印刷、または事故報告書「給付申請書類送付の有無」欄の「送付希望」にチェックし、「診察券もしくは薬袋(コピーで可)」および「会員名簿(含む児童)(写)」とともに全国地域活動連絡協議会まで送付ください。

②賠償事故の場合

保険会社から代表者へ連絡し、適切なアドバイス、保険金請求のためのご案内をいたします。

ご注意 本用紙は、コピーしてご使用ください。

FAXもしくはご郵送ください。

裏面は登録内容変更届出書です

(記載例)

〈送付先〉  
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会ビル 7F  
全国地域活動連絡協議会 御中

傷害見舞金制度『みらい』傷害見舞金 給付申請書

単位クラブ名 未来クラブ 御中

|                           |   |                         |   |
|---------------------------|---|-------------------------|---|
| 給付申請者氏名<br>(ケガをされた方、親権者等) | 地域 一郎            |                         |   |
| 給付申請者住所                   | 〒150-0001 TEL 03-3259-1234<br>東京 都道府県 渋谷区神南 1-1   |                         |   |
| ケガをした人との関係(□にチェック)        | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他( ) |                         |   |
| ケガをした人の氏名・区分<br>(□にチェック)  | 氏名  | アリガチ チイキ タロウ<br>地域 太郎   | <input type="checkbox"/> 会員<br><input checked="" type="checkbox"/> 児童 |
| 事故内容                      | 事故日   | 2024年7月2日 午前・午後 1時30分頃  |   |
|                           | 事故場所  | 東京 都道府県 渋谷区広尾 1-1       |   |
|                           | 事故状況  | ハイキングで歩行中に転倒し、左足首を捻挫した。 |   |

保険金請求書(兼)支払指図書

三井住友海上火災保険株式会社御中

上記事故について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。本保険金請求に関する同意】および【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】の通り同意します。  
保険金は下記指定の口座に振り込んでください。口座への振込みをもって保険金を受領したものと認めます。

請求日 2024年7月15日

|                   |        |   |          |       |
|-------------------|--------|---|----------|-------|
| 保険金請求者<br>(単位クラブ) | 単位クラブ名 | 未来クラブ   |          |       |
|                   | 住所     | 東京 都道府県 渋谷区神宮前 5-53-1   |          |       |
|                   | 代表者名   | みらい花子  |          |       |
|                   | TEL    | 03-1234-5678  |          |       |
| 証券番号              |        |   | みらい登録No. | 12345 |

保険金振込口座

|                           |   |   |   |  |          |  |      |   |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|--|----------|--|------|---|---|---|---|---|
| お振込先<br>金融機関<br>口座番号      | ① <input checked="" type="checkbox"/> 銀行<br>三井住友<br><input type="checkbox"/> 信用金庫<br><input type="checkbox"/> 信用組合<br><input type="checkbox"/> () |   |   |  | 新川<br>支店 | 預金種類   | 口座番号 |   |   |   |   |   |
|                           |   |   |   |  |          | <input checked="" type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座<br><input type="checkbox"/> 貯蓄 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ②<br>ゆうちょ銀行               | 通帳記号  | 1 |   |  | 0        | 通帳番号   |      |   |   |   |   |   |
| 口座名義<br>(カタカナで<br>ご記入下さい) | チ   | イ | キ |  | イ        | チ  | ロ    | ウ |   |   |   |   |

①送金機能のないゆうちょ銀行口座への振込を指定される場合は、こちらにご記入ください。

②ゆうちょ銀行の通帳の「郵便振替(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。

代理店使用欄 請求書受付日 年 月 日

## (記載例)

【傷害保険用】

### 診療状況申告書

三井住友海上火災保険株式会社宛

保険金請求額が30万円以下の場合には、「診療状況申告書」をご提出いただくことにより、「診断書」のご提出にかえることができます。  
 「診断書」をご提出いただく際は、「診療状況申告書」は不要ですが、以下のような場合には、「診療状況申告書」のご提出をお願いすることができます。  
 (例)・2つ以上の医療機関で治療され、一部の医療機関のみ「診断書」を取得されている場合。  
 ・「診断書」取得後に再び医療機関で治療されている場合。

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| ご申告者             | おケガされた方が未成年の場合には、親権者の方がご記入ください。<br><b>地域 一郎</b>  | 作成日<br>2024年7月15日  |
| おケガをされた方(補償の対象者) | <b>地域 太郎</b>   | おケガをされた日<br>2024年7月2日  |
| 医師に診断された傷病名(外傷名) | <b>左足首捻挫</b>   | 生年月日<br>(西暦)<br>2016年8月1日生   |
| おケガをされた部位        | 頭 頬 眼 歯 首 肩 胸 腹 背 腰 でん部  | 性別<br>男・女  |
| おケガの症状           | 打撲 切り傷 すり傷 捻挫 じん挫傷 骨折 脱臼 内出血 熱傷  | 今後の入院・通院治療のご予定<br>無・有  |
| ギブス等の固定具使用の有無    | 常時装着された固定具の種類(※)<br>ギブス・シーネ・ギブスシーネ・ギブスシャーレ<br>創外固定具・その他( )   | 常時装着された固定具の使用期間<br>年月日から 年月日まで<br>(使用期間: 日間)   |
| 入院治療された期間        | 年月日から 年月日まで<br>(入院期間: 日間)  | 年月日から 年月日まで<br>(使用期間: 日間)  |
| 通院治療された期間        | 年月日から 年月日まで<br>(上記期間のうち実際に通院された日数: 日)  | 年月日から 年月日まで<br>(使用期間: 日間)  |
| 手術等実施の有無         | 手術名( )<br>手術日: 年月日<br>手術等の種類(開頭術)・(開胸術)・(開腹術)・(胸腔・腹腔ドレナージ)・その他<br>・創傷処理の場合(筋肉に達する)・筋肉に達しない<br>・筋骨関係手術の場合(観血)・(非観血)<br>・植皮術の場合(25cm²以上)・(25cm²未満) | 通院して実際に治療を受けた日に○印をご記入ください。<br>*「診断書」をご提出いただいた場合には、「診断書」記載以外の、通院して実際に治療を受けた日について○印をご記入ください。 |
| 先進医療の受療の有無       | 技術名( )<br>期間 年月日から 年月日まで   | 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        |
| 医療機関名:           | みらい病院  | 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        |
| 電話番号:            | 03 - 9876 - 5432   | 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        |
| 所在地:             | 〒101-0001 東京都中央区新川10-2   | 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        |
| 診療科名:            | 整形外科   | 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        |
| 医師名:             | 鈴木   | 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        |

[お読みください]

「申告書」のご記入に際しては、医療機関にご確認のうえ、正確なご記入をお願いいたします。特に「医師に診断された傷病名(外傷名)」欄、「ギブス等の固定具使用の有無」欄、「手術等実施の有無」「先進医療の受療の有無」欄は、ご担当の医師に十分ご確認ください。また、「申告書」のご記入内容に関して、後日弊社から医療機関、ご申告者等にご照会させていただくことがありますので、ご了承願います。  
 (※)「常時装着」とは、日常生活全般において「固定具」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具を取り外す場合」、「就寝時のみ固定具を取り外す場合」、「入浴時および就寝時のみ固定具を取り外す場合」等の状態を含みます。また、主な「固定具の種類」につきましては、裏面に説明を記載しておりますので、ご参照ください。

三井住友海上火災保険株式会社

必ずご記入ください。

2つ以上の医療機関で治療された場合は、「診察券」コピー貼り付け位置欄の  
△印(表面)△□印(裏面)に合わせて△○△□等で区別してご記入ください。

貼り付けまたはご記入ください。この欄に○印でご記入された医療機関について

同 意 書

○受傷日 または 今回のおケガで初めて病院に行かれた日

2024年 7月 2日

○患 者

(住 所)

東京都渋谷区広尾 1-1

(氏 名)

地域 太郎

(生年月日)

(西暦) 2016 年 8 月 1 日

## 三井住友海上火災保険株式会社 宛

貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用<sup>\*</sup>することに同意します。なお、本状は上記患者に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

## 医療機関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による下記医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

- 診断書・診療報酬明細書
- 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
- 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

2024年 7月 15日

同意人 住 所

東京都渋谷区広尾 1-1

氏 名

地域 一郎

地域

患者との関係： 本人 ・ **親権者** ・ 法定相続人 ・ その他 ( )

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。

※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

※保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

**同意書のご署名・ご押印のお願い**

弊社から治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがあります、これらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身（未成年者の場合は親権者）から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご押印くださいますようお願い申し上げます。なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、弊社は本状の写を保管します。

三井住友海上火災保険株式会社

# 傷害見舞金規定

本規定は、全国地域活動連絡協議会（以下「本会」という）の会員（全国）を構成する単位クラブ（以下「単位クラブ」という）が行う行事に参加する者が、行事参加中に被った傷害に対して、本会が行う見舞金支給に関する事項を定める。

## （制度対象者の定義）

第1条 本規定において制度対象者とは、次の各号に該当する者をいう。

- (1) 「クラブ会員」 単位クラブに登録されている会員のことをいう。
- (2) 「児童」 単位クラブに登録しているクラブ会員の子のことを行う。（満18才未満の者に限る）

2 クラブ会員名簿（含む児童）は、単位クラブに常時備え置くものとする。

## （受給者）

第2条 本規定に定める見舞金は、制度対象者本人またはその法定相続人、制度対象者が児童の場合は親権者に支給する。

## （定義）

第3条 本規定において、「傷害」とは急激かつ偶然な外来の事故によって身体に被った傷害をいい、この傷害には身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸入、吸収または摂取したときに急速に生じる中毒症状（継続的に吸入、吸収または摂取した結果生じる中毒症状を除く。）を含む。ただし細菌性食中毒は含まない。

## （見舞金を支給する場合）

第4条 本会は、制度対象者が単位クラブの行事に参加中（所定の集合・解散場所と制度対象者の住居との通常の経路往復中を含む）に被った傷害に対して、第6条以下に規定する見舞金を支払う。

## （見舞金を支給しない場合）

第5条 本会は、次の各号に該当する事由によって生じた傷害については見舞金を支給しない。

- (1) 制度対象者の故意
- (2) 見舞金を受け取るべき者の故意。ただし、その者が死亡見舞金の一部の受取人である場合には、他の者が受け取るべき金額についてはこの限りでない。
- (3) 制度対象者の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- (4) 制度対象者が法令で定められた運転資格を持たないで、または酒に酔ってもしくは麻薬、あへん、大麻、覚醒剤、シンナー等の影響により正常な運転ができない恐がある状態で自動車または原動機付自転車を運転している間に生じた事故
- (5) 制度対象者の脳疾患、疾病または心神喪失
- (6) 制度対象者の妊娠、出産、早産、流産、または外科的手術その他の医療処置。ただし本会が見舞金を支払うべき傷害を治療する場合はこの限りでない。
- (7) 地震もしくは噴火またはこれらによる津波
- (8) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動
- (9) 核燃料物質もしくは核燃料物質によって汚染された物の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
- (10) 前3号に随伴して生じた事故またはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故
- (11) 第9号以外の放射線照射または放射能汚染

2 本会は、原因の如何を問わず頸部症候群（いわゆる「むち打ち症」）または腰痛で他覚症状のないものに対しては見舞金を支払わない。

## （死亡見舞金）

第6条 本会は、制度対象者が第4条（見舞金を支給する場合）の傷害を被り、その直接の結果として、事故の日からその日を含めて180日以内に死亡した場合、次の金額を死亡見舞金として支払う。

死亡見舞金 10万円

## （後遺障害見舞金）

第7条 行事参加中に傷害事故が生じ、その直接の結果として、事故発生の日から180日以内に制度対象者が後遺障害（身体に残された将来においても回復できない機能の重大な障害または身体の一部の欠損で、かつその原因となった傷害が治った後のものをいう。）を被った場合、死亡見舞金に対して別表Iの各号に掲げる割合を乗じた額を後遺障害見舞金として支払う。

2 同一の傷害事故による死亡見舞金および後遺障害見舞金の重複支払は行わない。

## （入院見舞金）

第8条 行事参加中に傷害事故が発生し、その直接の結果として、制度対象者が入院したときは、その日数に応じて次の金額を入院見舞金として支払う。ただし事故発生の日から180日以内の入院を対象とする。

|      |         |         |
|------|---------|---------|
| 入院期間 | 61日以上   | 25,000円 |
|      | 31日～60日 | 17,500円 |
|      | 15日～30日 | 12,500円 |
|      | 8日～14日  | 7,500円  |
|      | 7日      | 5,000円  |
|      | 4日～6日   | 3,000円  |
|      | 3日以内    | 2,000円  |

## （通院見舞金）

第9条 行事参加中に傷害事故が発生し、その直接の結果として、平常の生活に支障が生じ、かつ制度対象者が通院したときは、その日数に応じて次の金額を通院見舞金として支払う。ただし、事故発生の日から180日以内の通院を対象とする。

2 平常の生活に支障がない程度に傷害が治癒したとき以降の通院に対しては、通院見舞金は支払わない。

3 制度対象者が通院しない場合においても、骨折等の傷害を被った部位を固定するために医師の指示によりギブス等を常時装着した結果、平常の生活に著しい支障が生じたと認められる場合、その日数に応じて通院見舞金を支払う。

4 前3項の規定にかかわらず、前条の入院見舞金が支払われるべき期間中の通院に対しては、通院見舞金を支払わない。

|      |         |         |
|------|---------|---------|
| 通院期間 | 31日以上   | 12,500円 |
|      | 15日～30日 | 7,500円  |
|      | 8日～14日  | 5,000円  |
|      | 4日～7日   | 2,500円  |
|      | 3日以内    | 1,000円  |

## （他の身体の障害または疾病の影響）

第10条 受給者が第3条の傷害を被ったときに既に存在していた身体の障害もしくは疾病の影響により、または同条の傷害を被った後にその原因となった事故と関係なく発生した傷害もしくは疾病的影響により同条の傷害が重大となったときは、その影響がなかった場合に相当する金額を決定してこれを支払う。

2 正当な理由がなく治療を怠ったことまたは受給者が治療をさ

せなかったことにより第1条の傷害が重大となったときも、前項と同様の方法でこれを支払う。

(事故の通知)

第11条 制度対象者が第3条の傷害を被った場合には、速やかにそれらの状況および身体の障害の程度を本会に報告しなければならない。

2 制度対象者が本会の認める正当な理由がなく、前項の規定に違反したとき、またはその報告について知っている事実を告げなったときもしくは不実のことを告げたときは、本会は見舞金を支払わない。

(見舞金の請求)

第12条 受給者（死亡見舞金については受給者の遺族）が、見舞金の支給を受けようとするときは、別表IIに掲げる書類のうち本会が求めるものを提出しなければならない。

2 本会は、別表IIに掲げる書類以外の書類を求めることができる。

3 受給者（死亡見舞金については受給者の遺族）が、前2項の書類を提出しなかったとき、または提出書類に知っている事実を記載しなかったときもしくは不実の記載をしたときは、見舞金を支払わない。

(発効日)

第13条 本規定は本会「傷害見舞金制度」における適用期間の開始日から効力を有する。

別表I

後遺障害支払区分表

| 1. 眼の障害見舞金の額（以下同じ）                               |      |
|--|------|
| (1) 両目が失明したとき                                    | 100% |
| (2) 1眼が失明したとき                                    | 60%  |
| (3) 1眼の矯正視力が0.6以下となったとき                          | 5%   |
| (4) 1眼が視野狭窄（正常視野の角度の合計が60%以下となった場合をいいます）         | 5%   |
| 2. 耳の障害  |      |
| (1) 両耳の聴力を全く失ったとき                                | 80%  |
| (2) 1耳の聴力を全く失ったとき                                | 30%  |
| (3) 1耳の聴力が50cm以上では通常の話声を解せないとき                   | 5%   |
| 3. 鼻の障害  |      |
| (1) 鼻の機能に著しい障害を残すとき                              | 20%  |
| 4. 咀しゃく、言語の障害                                    |      |
| (1) 咀しゃくまたは言語の機能を全く廃したとき                         | 100% |
| (2) 咀しゃくまたは言語の機能に著しい障害を残すとき                      | 35%  |
| (3) 咀しゃくまたは言語の機能に障害を残すとき                         | 15%  |
| (4) 歯に5本以上の欠損を生じたとき                              | 5%   |
| 5. 外貌（顔面・頭部・頸部をいいます。）の醜状                         |      |
| (1) 外貌に著しい醜状を残すとき                                | 15%  |
| (2) 外貌に醜状（顔面においては直径2cmの瘢痕、長さ3cmの線状痕程度をいいます）を残すとき | 3%   |
| 6. 脊柱の障害   |      |
| (1) 脊柱に著しい奇形または運動障害を残すとき                         | 40%  |
| (2) 脊柱に運動障害を残すとき                                 | 30%  |
| (3) 脊柱に奇形を残すとき                                   | 15%  |
| 7. 腕（手関節以上をいいます）、脚（足関節以上をいいます）の障害                |      |
| (1) 1腕または1脚を失ったとき                                | 60%  |
| (2) 1腕または1脚の3大関節中の2関節または3関節の機能を全く廃したとき           | 50%  |
| (3) 1腕または1脚の3大関節中の1関節の機能を全                       |      |

|   |     |
|---|-----|
| く廃したとき                                      | 35% |
| (4) 1腕または1脚の機能に障害を残すとき                      | 5%  |
| 8. 手指の障害                                    |     |
| (1) 1手の拇指を指関節（指節間関節）以上で失ったとき                | 20% |
| (2) 1手の拇指の機能に著しい障害を残すとき                     | 15% |
| (3) 拇指以外の1指を第2指関節（遠位指節間関節）以上で失ったとき          | 8%  |
| (4) 拇指以外の1指の機能に著しい障害を残すとき                   | 5%  |
| 9. 足指の障害                                    |     |
| (1) 1足の第1足指を趾関節（指節間関節）以上で失ったとき              | 10% |
| (2) 1足の第1関節の機能に著しい障害を残すとき                   | 8%  |
| (3) 第1足指以外の1足指を第2趾関節（遠位指節間関節）以上で失ったとき       | 5%  |
| (4) 第1足指以外の1足指の機能に著しい障害を残すとき                | 3%  |
| 10. その他の身体の著しい障害により終身常に介護を要するとき             |     |
| (注) 第7号から第9号までの規定中「以上」とは当該関節より心臓に近い部分をいいます。 |     |

別表II

見舞金申請書類

|   | 死亡 | 後遺障害 | 入院 | 通院 |
|---|----|------|----|----|
| 1. 見舞金請求書                                     | ○  | ○    | ○  | ○  |
| 2. 本会の定める状況報告書                                | ○  | ○    | ○  | ○  |
| 3. 公の機関（やむを得ない場合には、第三者）の事故証明書                 | ○  | ○    | ○  | ○  |
| 4. 死亡診断書または死体検案書                              | ○  |      |    |    |
| 5. 後遺障害もしくは傷害の程度または手術の内容証明する医師の診断書            |    | ○    | ○  | ○  |
| 6. 死亡見舞金受取人の印鑑証明書                             | ○  |      |    |    |
| 7. 受給者の印鑑証明書                                  |    | ○    | ○  | ○  |
| 8. 受給者の戸籍謄本                                   | ○  |      |    |    |
| 9. 法定相続人の戸籍謄本                                 | ○  |      |    |    |
| 10. 委任を証する書類および委任する者の印鑑証明書（見舞金の請求を第三者に委任する場合） | ○  | ○    | ○  | ○  |

(注) 見舞金を請求するときは、○を付した書類のうち本会が求めるものを提出しなければならない。



