

# 通 学 中 事 故 証 明 書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

年 月 日  
(学生教育研究災害傷害保険用)

次のとおり事故がありましたので報告します。

- 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。
- 私は、貴社が本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。
- 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、本書に記載された個人情報を勤務先へ提供し、勤務先に対して保険金請求等に関する事実確認や照会を行い、勤務状況等の情報を取得・利用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。

(\*)「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日新火災海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社等や、前記各社の子会社等を含みます。

①	被 保 険 者 (おけがをされたご本人)	大学院 大学 短期大学 高専	研究科 学部 学科	学籍No.	学科	年
		住所 (フリガナ) 氏名				
②	事 故 日 時	年	月	日 ( )	時	分頃
	事 故 場 所 ※わかる範囲で具体的な住所もご記入ください。	都道 府県	市区 町村			
③	目 的 地 ※該当に○をし、④は具体的な場所(名称・住所)をご記入ください。	①学 校	②自 宅	③勤務地※		
④	出 発 地 ※該当に○をし、④は具体的な場所(名称・住所)をご記入ください。	①学 校	②自 宅	③勤務地※		
⑤	活動内容または活動予定内容 ※通学・移動の目的をご記入ください。	授業等 内容( ) ( ) 時 限 目 ( : ~ : )	学校行事 内容( ) 時 間 ( : ~ : )	課外活動 内容( ) 時 間 ( : ~ : )	活 動 の 場 所 [ ] 上記活動に参加(予定・済)	
⑥	勤務先情報および勤務内容 ※目的地もしくは出発地が勤務地の場合にご記入ください	勤務先名称 ( )	勤務地(住所) ( )	勤務内容 ( )	勤務時間 ( : ~ : )	上記勤務に従事 ( 予定 ・ 済 )
⑦	出発地からの出発時刻	午前	午後	時	分頃	

⑧	事故状況・発生原因 (具体的に) 注意：無資格運転、飲酒運転の場合はお支払いの対象となりません。	◇届出警察(注1) [ ( ) ] ☎ ( )	
		◇運転免許内容(バイク、自動車運転の場合) 事故日時点で有効な免許の有無 ( 有 ・ 無 ) 有効期限 ( 年 月 日まで有効)	
⑨	通常用いている通学経路、方法および所要時間並びに事故発生日の住居、学校施設、活動場所または勤務地から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間およびその他の状況	<通常利用している経路・方法> ※通常とは異なる活動場所(クラブ活動での遠征等)との往復の場合は、その合理的な経路・方法をご記入ください。	<通常の所要時間 時間 分>
		<事故発生日利用した経路・方法、その他の状況> ※事故場所までの、経路・方法・時間をご記入ください。	<事故発生までの所要時間 時間 分>
以下の書類を添付してください。 ◇定期券のコピー ◇事故地までの地図(事故が公共交通機関で発生している場合を除く)			

(注1) 警察への届出は必須ではありませんが、お手元に事故証明のコピーがある場合は、合わせてご提出をお願いします。

## 活 動 証 明 欄

1. 活 動 証 明 ※⑤に参加予定または参加済であったことについて学校関係者が証明してください。	①の者については、 ア、⑤に記載したとおり イ、⑤の活動に参加登録しており、⑤の活動が記載の場所および時間中に実施されたものであることを証明します。 (ア、イのいずれかを○で囲んでください。(注2)) 学 校 名 氏 名 学 校 住 所 ☎ 被保険者との関係 (印)
2. 学 校 証 明	⑨の通常利用している経路・方法は就学拠点からの合理的な経路であり学校が禁止した方法ではないことを証明します。 学 校 名 氏 名 学 校 住 所 ☎ 職名等 (印)
3. 勤 務 証 明	①の者について、下記のいずれかに該当することを証明します。 ア、⑥に記載した内容のとおりであること イ、⑥に記載した勤務に従事する予定であったこと (該当するものを○で囲んでください) 事 業 者 名 事業者住所 ☎ 職名・氏名 (印)

(注2) 本人が当該活動に参加したか否かが不明である場合に限り、イとなります。

弊社受領日