

「学校旅行総合保険」国内旅行離団時の保険金請求

【1. 補償の内容】

被保険者（生徒や教職員）が、①旅行期間中に発症した疾病（病気）や傷害（ケガ）により、②医師の治療を受け、③その結果、その後の旅行が全く続けられなくなり、旅行を途中で取りやめて団体から離脱して帰宅（離団）することになった場合に、保護者や学校等が負担した費用が補償の対象となります。

※旅行開始前に発症していた症状が原因の場合や旅行期間中に医師の治療を受けずに、帰宅してから受診した場合は補償の対象となりません。

<生徒が離団した場合に補償の対象となる主な費用の例>

対象者	学校緊急対応費用の付帯がある場合 (学校が負担した以下費用)	救援者費用の付帯がある場合 (保護者や親族が負担した以下費用)
学校関係者	現地に派遣した教職員の交通費 現地で負担した交通費、宿泊費	学校関係者の費用は補償対象外
保護者 (親族)	現地に派遣した親族の交通費 現地で負担した交通費、宿泊費	現地へ赴く親族の交通費（2名分を限度） 現地で負担した交通費、宿泊費（14日分を限度）
生徒	治療を継続中の生徒を 現地から住居へ移転するための交通費	生徒が現地から住居へ帰宅するための交通費

【2. 必要書類】

①学校旅行総合保険 保険金請求書（学校緊急対応費用・救援者費用）および交通費等明細書

※保険金請求者欄は、契約者である学校名を記名、押印をお願いします。

交通費等明細書は、費用負担者にて記入をお願いします。

※もし手元に「学校旅行総合保険 保険金請求書（学校緊急対応費用・救援者費用）および交通費等明細書」がない場合は<<https://www.jihoken.co.jp/wp-content/school/ridan.pdf>>よりダウンロードください。

②現地病院の医療費領収書／診療明細書のコピー等、責任期間内の受診が確認できるもの

※医療費（診察代や薬剤費）は補償の対象となりませんので原本の送付は不要です。

③【交通費、宿泊費等の1回（領収書1枚あたり）のご利用金額が5万円を超える費用のみ】

負担費用の領収書／明細書等のご負担金額が確認できるもの

※5万円未満の費用については、ご提出不要です。

④【保険金請求のために診断書を取得された場合のみ】

診断書および診断書代の領収書／明細書等のご負担金額が確認できるもの

※弊社が依頼する場合を除き、診断書のご取得は不要です。

●正確なお支払い手続きのため、上記必要書類は、全て同封の上、ご提出をお願いします。

●同一の損害を補償する複数の保険契約等がある場合、弊社に請求する保険金や費用については、他の保険契約等に請求できません。

【3. 書類提出先】

■メールの場合

cs@jihoken.co.jp

※メール容量は10MB未満でご送信ください。（10MB以上は受信エラーとなります。）

※メール件名には、証券番号(契約証番号)をご記載ください。

（例）学校旅行総合保険 保険金請求書類の送付 証券番号：J123456789

■郵便の場合

〒330-9890 さいたま新都心郵便局私書箱70号

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 保険金請求書類受付センター

■宅配便の場合

〒330-0801 埼玉県さいたま市大宮区土手町2-15-1 小島MNビル2F

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 保険金請求書類受付センター

■WEB事故報告もご利用いただけます

WEB上で事故報告をしていただき、返信メール記載の書類アップロード専用URLから必要書類をご提出いただくことも可能です。（URL <https://www.jihoken.co.jp/saa/>）

※スマートフォン等からは右記の二次元バーコードを読み取りください

※保険種類は「上記以外の保険」をご選択の上、「事故のご報告画面」へお進みください。

ご契約の情報「学校旅行保険」、必要書類提出方法「URLからアップロードする」をご選択ください。



<お問い合わせ先> ジェイアイ事故受付センター
TEL : 0120-787-745 / 03-6634-4385 (受付時間: 24時間年中無休)

学校旅行総合保険 保険金請求書 (学校緊急対応費用・救援者費用)

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 宛

本書の記載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。

<個人情報の取扱い>本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を提供すること、もしくは、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、もしくは、貴社から提供を受け、利用することに同意します。

保険金請求者

※【旅行参加者補償条項】・【学校補償条項】ともに、学校名にて記名、学校印を押印してください

保険金 請求者	契約証・証券番号			請求日 (記入日)	年 月 日
	フリガナ			学校印	担当者名(窓口)
	契約者名 (学校名)			印	
	住所	〒			
連絡先	<input type="checkbox"/> 電話 ※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください		<input type="checkbox"/> FAX		
	<input type="checkbox"/> 学校 ()		<input type="checkbox"/> e-mail		
	<input type="checkbox"/> 携帯 ()				

保険金支払指図欄

※ご希望の支払い先に丸印をしてください

学 校

保護者

旅行会社

教職員

その他

()

※ご請求内容を、裏面の交通費等明細書および振込先へもれなくご記入ください

被保険者(保険の対象となる方)

※ケガや病気で離団された方の情報を必ずご記入ください

被保険者	フリガナ			住所
	氏名			〒
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 () 才			
生年月日	年	月	日	連絡先 ()

ケガ・病気の状況

ケガをした日時または 病気が発症した日時	年	月	日	時	分	頃	初診日	年	月	日
発生場所	国名						場所 (都市・県)			
ケガの状況 病気の内容 ※できるだけ詳しく ご記入ください										
	診断名					病院名	TEL			
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有(/ ~ /)					<input type="checkbox"/> 無				
【病気の場合】 以前に同じ症状で 治療を受けたことが ありますか?	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日 ~ 年 月 日 頃)					<input type="checkbox"/> 無				
	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、治癒されていましたか?		<input type="checkbox"/> 治癒していた(年 月 日 頃)			<input type="checkbox"/> 治癒していない				

交通費等明細書

★旅行参加者補償条項の契約については、保険金請求権を学校へ委任することに同意いたします。

被保險者(保護者)氏名 印

●交通費として以下の金額を支出しました

●交通費以外の費用として以下の金額を支出しました

利用日	支出先(宿泊先など)	支出項目(宿泊費など)	利用者名 (全員記入)	金額
月　　日				
月　　日				
診断書代				

■ 振込先 ● 上記費用を下記口座へ振り込んでください

いざれかを お選びいただき ご記入ください	ゆうちょ銀行 以外の金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他の ()										支店 本店 出張所	
		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	店番				口座番号				
	ゆうちょ銀行	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	店番				通帳記号	1			0
		通帳番号						1					
(フリガナ) □口座名義											●左づめでご記入ください ●貯蓄口座へのお振込みはできません。		
(漢字) □口座名義											□中連絡が取れる 電話番号		
(支払先) 住所	〒												

*振込先が複数となる場合は「交通費等明細書」をコピーの上、ご使用ください。

記入例

<p>証券番号・本紙記入日を ご記入ください。</p>	<p>学校旅行総合保険 保険金請求書 (学校緊急対応費用・救援者費用)</p> <p>ジェイアイ傷害火災保険株式会社 宛</p> <p>本書の記載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。</p> <p><個人情報の取扱い>本件事故に関して、保険支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を支償するために必要な情報(支払責任範囲契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険会社に関する情報)を提供することもしくは、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供することもしくは、貴社から提供を受け利用することに同意します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">保険金請求者</td> <td colspan="3">※【旅行参加者補償条項】・【学校補償条項】ともに、学校名にて記名、学校印を押印してください</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top; width: 15%;">契約証・証券番号</td> <td>J123456789</td> <td>請求日(記入日)</td> <td>2019年5月1日</td> </tr> <tr> <td>フリガナ ジェイアイ コウトウガッコウ</td> <td>学校印</td> <td>担当者名(窓口)</td> </tr> <tr> <td>契約者名(学校名) ジェイアイ高等学校</td> <td colspan="2" style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>住所 〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">連絡先</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 電話 () <input checked="" type="checkbox"/> 学校 03 (6634) 1234</td> <td><input type="checkbox"/> FAX</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 携帯 ()</td> <td><input type="checkbox"/> e-mail</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		保険金請求者	※【旅行参加者補償条項】・【学校補償条項】ともに、学校名にて記名、学校印を押印してください			契約証・証券番号	J123456789	請求日(記入日)	2019年5月1日	フリガナ ジェイアイ コウトウガッコウ	学校印	担当者名(窓口)	契約者名(学校名) ジェイアイ高等学校			住所 〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10				連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 () <input checked="" type="checkbox"/> 学校 03 (6634) 1234	<input type="checkbox"/> FAX		<input type="checkbox"/> 携帯 ()	<input type="checkbox"/> e-mail						
保険金請求者	※【旅行参加者補償条項】・【学校補償条項】ともに、学校名にて記名、学校印を押印してください																															
契約証・証券番号	J123456789	請求日(記入日)	2019年5月1日																													
	フリガナ ジェイアイ コウトウガッコウ	学校印	担当者名(窓口)																													
	契約者名(学校名) ジェイアイ高等学校																															
住所 〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10																																
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 () <input checked="" type="checkbox"/> 学校 03 (6634) 1234	<input type="checkbox"/> FAX																														
	<input type="checkbox"/> 携帯 ()	<input type="checkbox"/> e-mail																														
<p>保険金請求者欄には請 求者名(学校名)・住所・ ご連絡先等をご記入の 上、ご捺印ください。捺 印は学校印を押印して ください。</p>	<p>保険金支払指図欄 ※ご希望の支払い先に丸印をしてください</p> <p>(学校) <input checked="" type="radio"/> (保護者) <input checked="" type="radio"/> (旅行会社) <input type="radio"/> (教職員) <input type="radio"/> (その他) ()</p> <p>※ご請求内容を、裏面の交通費等明細書および振込先へもれなくご記入ください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">被保険者</td> <td colspan="3">※ケガや病気で離団された方の情報を必ずご記入ください</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;">氏名</td> <td>フリガナ ホケン ハナ</td> <td>住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日 2003年4月1日</td> <td><input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>連絡先 03 (3333) 5555</td> </tr> </table>		被保険者	※ケガや病気で離団された方の情報を必ずご記入ください			氏名	フリガナ ホケン ハナ	住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5		生年月日 2003年4月1日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才				連絡先 03 (3333) 5555																
被保険者	※ケガや病気で離団された方の情報を必ずご記入ください																															
氏名	フリガナ ホケン ハナ	住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5																														
	生年月日 2003年4月1日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才																														
			連絡先 03 (3333) 5555																													
<p>保険金のお振込先をお 選びください。</p> <p>※口座記載欄は裏面</p>	<p>被保険者(保険の対象となる方) ※ケガや病気で離団された方の情報を必ずご記入ください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">被保険者</td> <td colspan="3">ホケン ハナ</td> <td>住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生年月日</td> <td>フリガナ ホケン ハナ</td> <td>性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才</td> <td>年齢 16歳</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		被保険者	ホケン ハナ			住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5	生年月日	フリガナ ホケン ハナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才	年齢 16歳																					
被保険者	ホケン ハナ			住所 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5																												
生年月日	フリガナ ホケン ハナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (16)才	年齢 16歳																													
<p>被保険者欄には旅行参 加者様ご本人の氏名・住 所・生年月日・連絡先等 をご記入ください。</p>	<p>ケガ・病気の状況</p> <p>ケガした日時または 病気が発症した日時 2019年4月25日10時30分頃</p> <p>発生場所 国名 京都市 ○○旅館</p> <p>ケガの状況 病気の内容 できるだけ詳しく ご記入ください</p> <p>滞在先のホテルで発熱。現地の病院で診察を受けたところ、病院より 離団して帰宅するよう指示有り。本体と離団して、迎えに来た父親と ともに帰宅した。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">診断名</td> <td colspan="3">インフルエンザ</td> <td>病院名 △△病院</td> <td>TEL</td> </tr> <tr> <td>入院の有無</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 有(/ ~ /) <input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">【病気の場合】以前に同じ症状で 治療を受けたことがありますか?</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか?</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃)</td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか? <input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 治療していない</td> </tr> </table>		診断名	インフルエンザ			病院名 △△病院	TEL	入院の有無	<input type="checkbox"/> 有(/ ~ /) <input checked="" type="checkbox"/> 無					【病気の場合】以前に同じ症状で 治療を受けたことがありますか?						<input type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか?		<input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃)		<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか? <input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 治療していない					
診断名	インフルエンザ			病院名 △△病院	TEL																											
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有(/ ~ /) <input checked="" type="checkbox"/> 無																															
【病気の場合】以前に同じ症状で 治療を受けたことがありますか?																																
<input type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか?		<input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃)		<input checked="" type="checkbox"/> 無																												
<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、治療されていましたか? <input type="checkbox"/> 治療していた(年 月 日 ~ 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 治療していない																																
<p>事故の日時・場所・事故 状況等をご記入ください。</p>																																

記入例

旅行参加者補償条項の
ご契約での保険金請求
の場合、被保険者（保護
者）の署名・捺印が必須
となります。

支出した交通費の利用
日・区間・交通手段・利
用された方のお名前・金
額を時系列に沿ってご
記入ください。また、自
家用車ご利用の場合は、
概算距離をご記入くだ
さい。

※ホテル名・駅名・バス停等を具体的にご記入ください。

その他支出された費用
がございましたら、ご記
入ください。

保険金のお振込先（親権者・学校・旅行会社等の口座）をご記入ください。お振込先にもお支払通知ハガキをお送りいたしますので住所等をご記入ください。

交通費等明細書				
★旅行参加者補償条項の契約については、保険金請求権を学校へ委任することに同意いたします。				
被保険者(保護者)氏名 保険 太郎		保険		
●交通費として以下の金額を支出しました				
利用日	利用区间 (※お迎えに行かれたホテル名・病院名・駅名簿を 具体的にご記入ください)	利用機関 (電車・タクシー・バス・自家用車・有料道路等)	利用者名 (全員記入)	金額
4月25日	品川 ⇒ 京都	新幹線	保険 太郎	13,710円
4月25日	京都 ⇒ 品川	新幹線	保険 太郎・花子	13,710円×2人
4月25日	品川 ⇒ 渋谷	JR山手線	保険 太郎・花子	} 330円×2人
4月25日	渋谷 ⇒ 半蔵門	地下鉄 半蔵門線	保険 太郎・花子	
月 日	⇒			
月 日	⇒			
月 日	⇒			
月 日	⇒			
月 日	⇒			
※自家用車をご利用された場合は、利用区間の距離をご記入ください。 (ガソリン代として1KM=15円の計算にてお支払させて頂きます)				合計 41,790円
●交通費以外の費用として以下の金額を支出しました				
利用日	支出先(宿泊先など)	支出項目(宿泊費など)	利用者名 (全員記入)	金額
月 日				
月 日				
診断書代				
■振込先 ●上記費用を下記口座へ振り込んでください				
いづれかをお選びいただき ご記入ください	ゆうちょ銀行 以外の金融機関	銀行 (信用金庫) そ の 他 ()	月島	支店 (本店) 出張所
	ジェイアイ	預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	店番 123 口座番号 1234567	
	ゆうちょ銀行	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	店番	通帳記号 1 0
(フリガナ) 口座名義	ホケン タロウ			
(漢字) 口座名義	保険 太郎	日中連絡が取れる 電話番号		●左づめでご記入ください ●貯蓄口座へのお振込みはできません。
(支払先) 住所	〒			