大会災害補償制度の手引き

（令和４年度版）

東京都高等学校体育連盟

目　　次

（1）団体総合補償制度費用保険・賠償責任保険の加入について・・・・・・・1

（2）団体総合補償制度費用保険について

①　被補償者がケガをされた場合のフローチャート　・・・・・・・・・・・2

②　事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書の記入例・・・・・3

（3）賠償責任保険について

①　賠償事故が発生した場合のフローチャート　・・・・・・・・・・・・・4

②　東京都高等学校体育連盟施設賠償責任保険事故報告書の記入例・・・5

東京都高等学校体育連盟事務局
〒163-8001　東京都新宿区西新宿 2-8-1 東京都庁第二本庁舎 15 階
TEL: 03-5320-7470
事務局 mail: staff@tokyo-kotairen.gr.jp

東京都高等学校体育連盟主催事業に係わる
団体総合補償制度費用保険・賠償責任保険の加入について

1 目 的

本連盟主催事業を運営するにあたり、活動中に参加者（生徒引率教員を除く審判員・大会役員等）が被った怪我等に対して補償を得ることにより、安心して事業に参加できるようにする。

また、主催者と生徒及び審判員、大会役員等の間で起因する賠償事故に対して、予め保険に加入することにより、適正な処理を行えるようにする。

2 保険内容

（1）団体総合補償制度費用保険

① 契約者名 東京都高等学校体育連盟

② 被保険者 東京都高等学校体育連盟

③ 保険期間 2022 年 4 月 6 日午前 0 時～2023 年 4 月 5 日午後 12 時の 1 年間

④ 保険対象 本連盟主催事業（大会・講習会・研修会・会議・関東大会・全国大会視察 ）
（会場までの往復途上を含む）

（2）賠償責任保険

① 契約者名 東京都高等学校体育連盟

② 被保険者 東京都高等学校体育連盟

③ 保険期間 2022 年 4 月 6 日午後 4 時～2023 年 4 月 6 日午後 4 時の 1 年間

④ 保険対象 本連盟主催事業（大会・講習会・研修会・会議・関東大会・全国大会視察）
（会議・会場の設置・事前視察などの準備中を含む）

⑤ 補償の場合 上記事業中に出場者（監督・コーチ・選手（補欠含む）・マネージャー）、運営者、観客等が負傷、もしくは第三者の財物を破損したことにより、本連盟が法律上の賠償責任を負担しなければならないとき。

3 補償内容・支払限度額

（1）団体総合補償制度費用保険

① 災害死亡補償（傷害・疾病） １００万円

② 後遺傷害補償（傷害・疾病） 最高１００万円

③ 療養補償（傷害・疾病）

ア 入院日額 １５００円

イ 手術 手術の種類により入院日額の 10 倍・20 倍・40 倍

ウ 通院日額 なし

（2）賠償責任保険

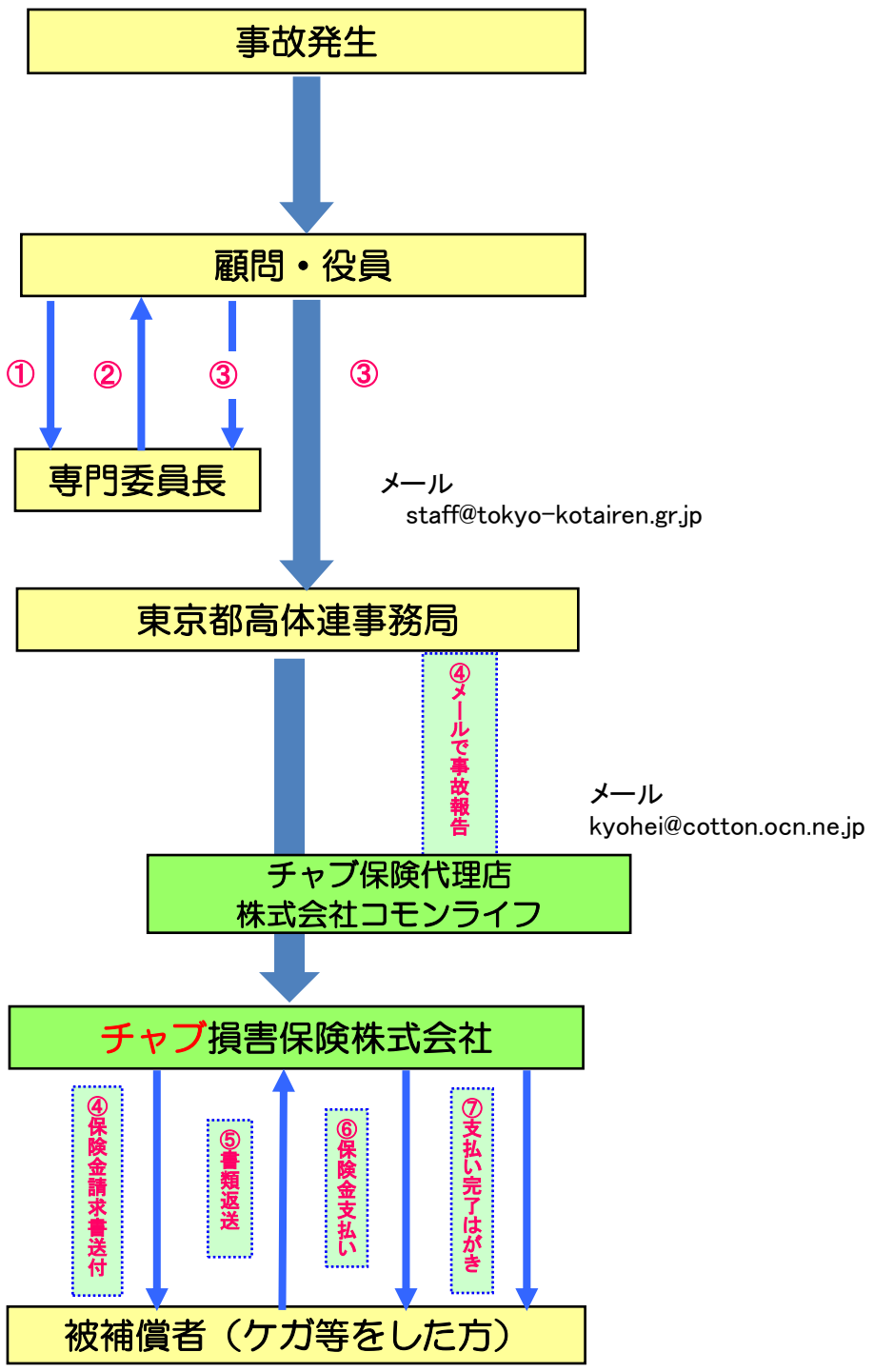
① 対人対物共通 1 事故につき 1 億円 （免責 3 万円）

② 管理財物補償 1 事故につき 500 万円（免責 3 万円）

事故通知・保険金請求について

① 顧問・役員が、専門委員長に事故報告し、災害補償制度要覧の「事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書」を請求する。
↓
② 専門委員長は、災害補償制度要覧に掲載の「事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書」を顧問・役員に送付する。
↓
③ 顧問・役員が「事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書」の①・②を記入し
専門委員長および東京都高体連事務局にメールで報告をする。
↓
④ 東京都高体連事務局は内容を確認し、証券番号を記入の上、チャブ保険代理店へメールで報告をする。
↓
⑤ チャブ保険事故担当者より被補償者（ケガ等をされた方）に、必要書類を郵送致します。
↓
⑥ 被補償者（ケガ等をされた方）が、治療終了後、チャブ保険から受け取った書類に必要事項を記入の上、チャブ保険へ郵送する。
↓
⑦ チャブ保険が、被補償者（ケガ等をされた方）の指定先口座へ保険金を支払う。
↓
⑧ 支払完了後、チャブ保険より東京都高体連盟事務局・被補償者（ケガ等をされた方）へ、支払い完了はがきを送付。

被補償者がケガをされた場合のフローチャート



事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書

【記入例】
◯ にご記入ください。

送付先：〒980－0811 宮城県仙台市青葉区一番町 1-9-1(仙台トラストタワー) チャブ損害保険株式会社保険金カスタ

弊社整理番号

mail： staff@tokyo-kotairen.gr.jp → 東京都高体連事務局 行

（事故日から３０日以内に①・②事故通知欄にご記入の上左記へお送りください。）

下記の大会に参加中、大会参加者の災害補償規程の補償対象となる身体障害を被りましたので、連盟事務局の確認を得たうえで、事故報告欄に記載のとおり報告します。

報告日： 令和 年 月 日

①報告者氏名	被補償者との関係： 顧問 ・専門委員長 ・役員 ・その他( )
	ご 連 絡 先 ( ) －

保険の種類	団体総合補償制度費用保険(wiz)行事参加者特約付帯	**連盟事務局確認欄**	
証券番号	ＥＢ －９７７２６１－８	競技種目	
保険期間	令和 4 年 4 月 6日から１年間	被補償者区分（ケガ・病気をされた方）	□顧問・役員□審判 □ □
大会名			
（大会正式名称）		下記被補償者が、災害補償規程に もとづき直接貴社に請求することを 承認し、支払先を下記に指定します。 印（保険申込書に捺印した印を押印）	
契約者（被保険者） 名称	東京都高等学校体育連盟		
契約者（被保険者） 住所	東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第二本庁舎15階		

②事故通知欄

＊メールで事故日から３０日以内にお送りください。(③は、記入不要です。)

被補償者（ケガ・病気をされた方）	住所	フリガナ 〒			
		電話番号（ ）ＦＡＸ	（ ）□ 電話番号と同じ		
	氏名	フリガナ	性別	年齢	学校名
			男 ・ 女	才	
事故発生状況		事故発生日時： 月 日 時 分頃 場所：			
傷病名(疾病名)			後遺障害： 有 ・ 無 ・ 未定		
病院名		担当医：	電話番号	( )	

③ 保 険 金 請 求 欄

＊傷病が治ったあと、ご記入、ご記名およびご捺印の上、損害サービスセンターまでご郵送ください。

保険金請求者(被補償者またはその親権者)	保険金支払指図欄(必ず通帳で確認してご記入ください。)
連盟事務局（被保険者）の事前承認を得て、大会参加者の災害補償規定にもとづく補償金として、貴社に保険金を請求します。 請求日 令和 年 月 日 フリガナ 氏名 印 （被補償者本人または親権者以外の方が請求する場合は他の様式をご使用ください。）	振込先口座 金融機関 銀行 信金 フリガナ 信組 農協 労金 支店 種類 □ 普通 □ 当座 番号 名義人 フリガナ

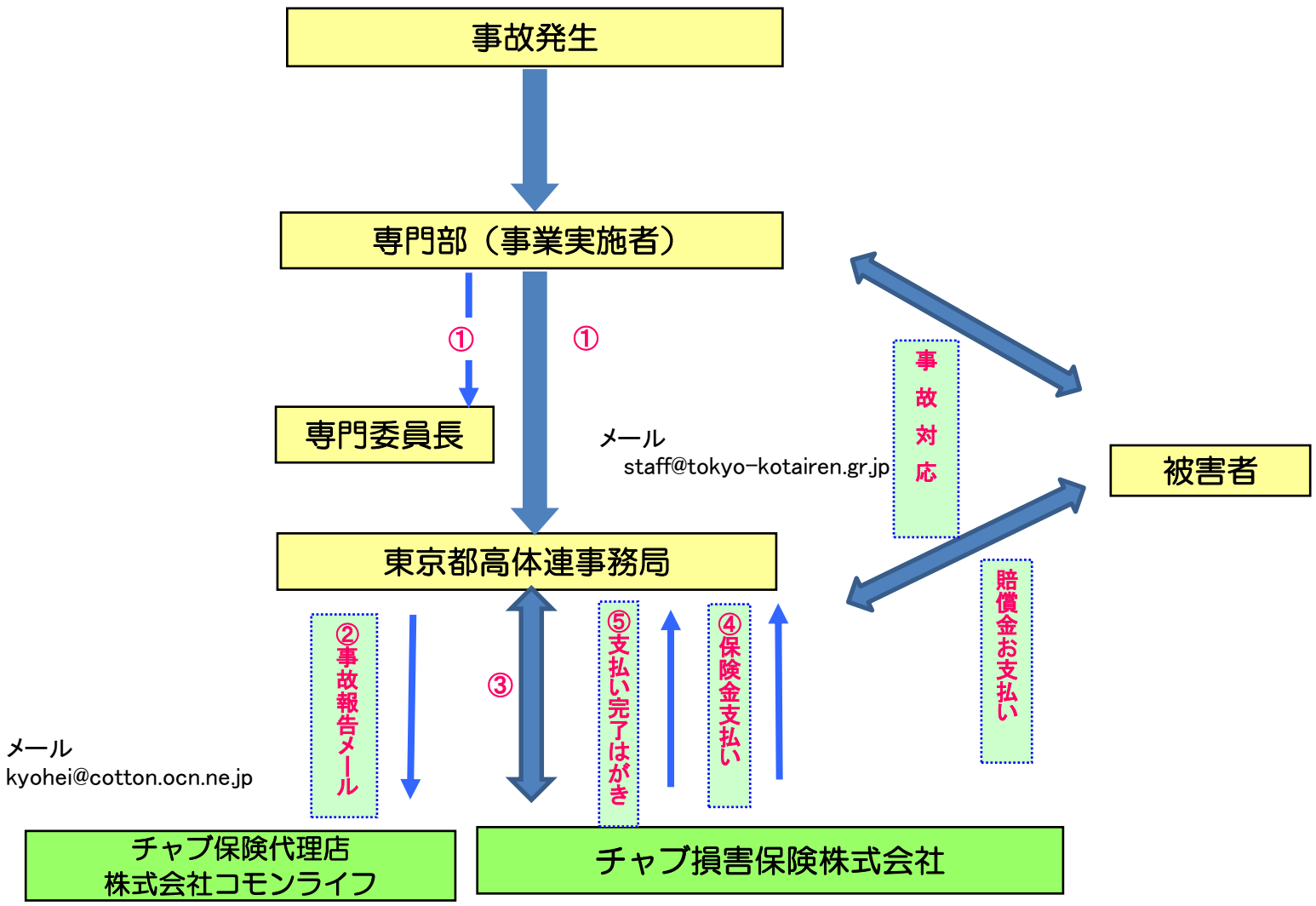
病院名 ①に記入した病院と同じ場合記入不要	電話番号( ) －	担当医：
ケガ又は病気の名前		

ケ ガ の 部 位	１頭部 ２顔面 ３頸部 ４胸部 ５腹部 ６腰部 ７上肢／手指［具体的に例：右親指］( ) ８下肢／足指 ９臓器 ０その他(
ケ ガ の 状 態	１骨折 ２脱臼 ３打撲 ４捻挫 ５切り傷 ６欠損・切断 ７やけど ８内出血 ９破裂 ０その他( )
入 通 院 状 況 申 告 欄	病院から取付ける必要はありません。ご自分でご記入ください。ただし、別途診断書の提出をお願いする場合があります。
治ゆ状況	令和 年 月 日において 治ゆ ・ 治療中 ・ 治療中止
入院状況	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで( )日間
通院状況	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで( )日間 うち実際に通院した日数( )日間
入院日には◎、通院日には◯をつけてください。病医院などの診察券コピーおよびレシートコピーを添付してください。	
( ) 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
( ) 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
( ) 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
( ) 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
( ) 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
( ) 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
( ) 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
固定具の使用	1.ギプス 2.シーネ 3.その他の固定具の名称( ) 期間 ：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

事故通知・保険金請求について

①事業実施者が「施設賠償責任保険事故報告書」を利用し事故報告する。
　専門委員長および東京都高体連事務局にメールで報告をする。
↓
② 東京都高体連事務局は内容を確認し、証券番号を記入および会長印を捺印の上、チャブ保険代理店へメールで報告をする。
↓
③チャブ保険事故担当者と対応（必要書類や認定等を）を協議します。
↓
④被害者との賠償が確定後チャブ保険が免責金額等を調整の上保険金をお支払いします。
↓
⑤ 支払完了後、チャブ保険より東京都高体連盟事務局へ支払い完了はがきを送付。

賠償事故が発生した場合のフローチャート



東京都高等学校体育連盟施設賠償責任保険事故報告書（記入例）

東京都高等学校体育連盟　事務局　御中　mail: staff@tokyo-kotairen.gr.jp

次のとおり報告いたします。　　〇〇　年　　〇〇　月　〇〇　日

専門部名・報告者名を記入してください。

証券番号　931LG　604577-2

保険期間　令和４年４月６日～１年間

報告者	〇〇専門部	氏　名　〇〇　〇〇

当事者氏名（被保険者名）	**〇〇高校サッカー部 損保　太郎**	引率者氏名（担当者）	〇〇　〇〇 連絡先　000（000）0000
大会区分	春季大会・総体予選・新人大会		
大会名	**〇〇大会**		
競技種目	**サッカー**		
事故発生日	〇〇年　〇〇月　〇〇日	事故発生場所	**〇〇サッカー部**
被害者	氏名	**東京　次郎**　（男・女）　30（才）	
	住所	**東京都千代田区丸の内１丁目 1-1**　TEL　03-1234-5678	
事故発生状況 対人被害 対物被害	**サッカー競技中ボールがフェンスを越え、第３者の車のボンネットを破損した。**		
特記事項 （被害者の意思表示）	**被害者はかなり怒っており、代車代も請求されている。**		
届出機関	有　・　無	同一の危険を担保する他契約	有　・　無

引率者名連絡先を記入してください。

対物事故・対人事故の区分に〇印をお願いします。

被害者の主張内容などについて記載してください。

警察などへの届出先を記載してください。

被害者の方、当事者の方が加入している他の保険などがあるばあいに有に〇をお願いします。