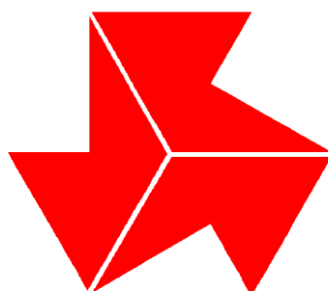


大会災害補償制度の手引き (令和8年度版)



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 2026年4月6日午前0時～2027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 2025年4月6日午後4時～2027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

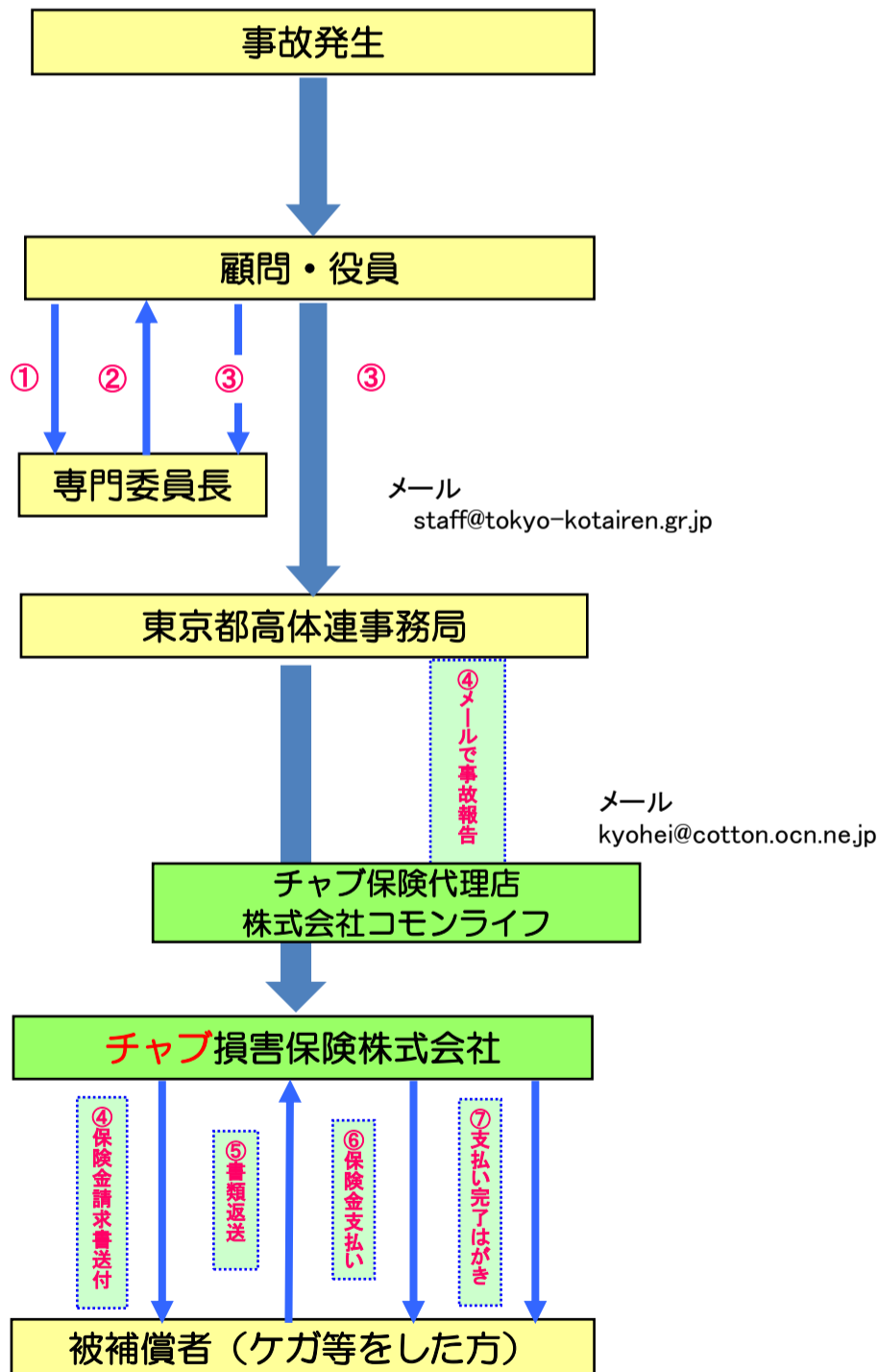
(2) 賠償責任保険

- 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

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) チャプ損害保険株式会社保険金カスタマーセンター 行

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-068398-1		競技種目			
保険期間	令和8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)	<input type="checkbox"/> 顧問・役員 <input type="checkbox"/> 審判 <input type="checkbox"/>		
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	
	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 〒		
	氏名	電話番号() F A X	() <input type="checkbox"/> 電話番号と同じ	
		フリガナ	性別	年齢
		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 (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。)		金融機関 銀行 信金 フリガナ 信組 農協 労金 支店 種 <input type="checkbox"/> 普通 類 <input type="checkbox"/> 当座 番 号 名 フリガナ 義 人	 (この欄は、捺印の上、損害サービスセンターまでご郵送ください。) 振込先口座 	
病院名	①に記入した病院と同じ場合記入不要			
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。				
治癒状況	令和 年 月 日において 治癒・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			
固定具の使用	1.ギブス 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			

事故通知書兼団体総合補償制度費用保険金請求書

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) チャップ損害保険株式会社保険金カスタ

弊社整理番号

【記入例】

○にご記入ください。

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-068398-1	競技種目	
保険期間	令和8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)	<input type="checkbox"/> 顧問・役員 <input type="checkbox"/> 審判 <input type="checkbox"/>
大会名		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)	
(大会正式名称)			
契約者 (被保険者)	名称 東京都高等学校体育連盟 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		

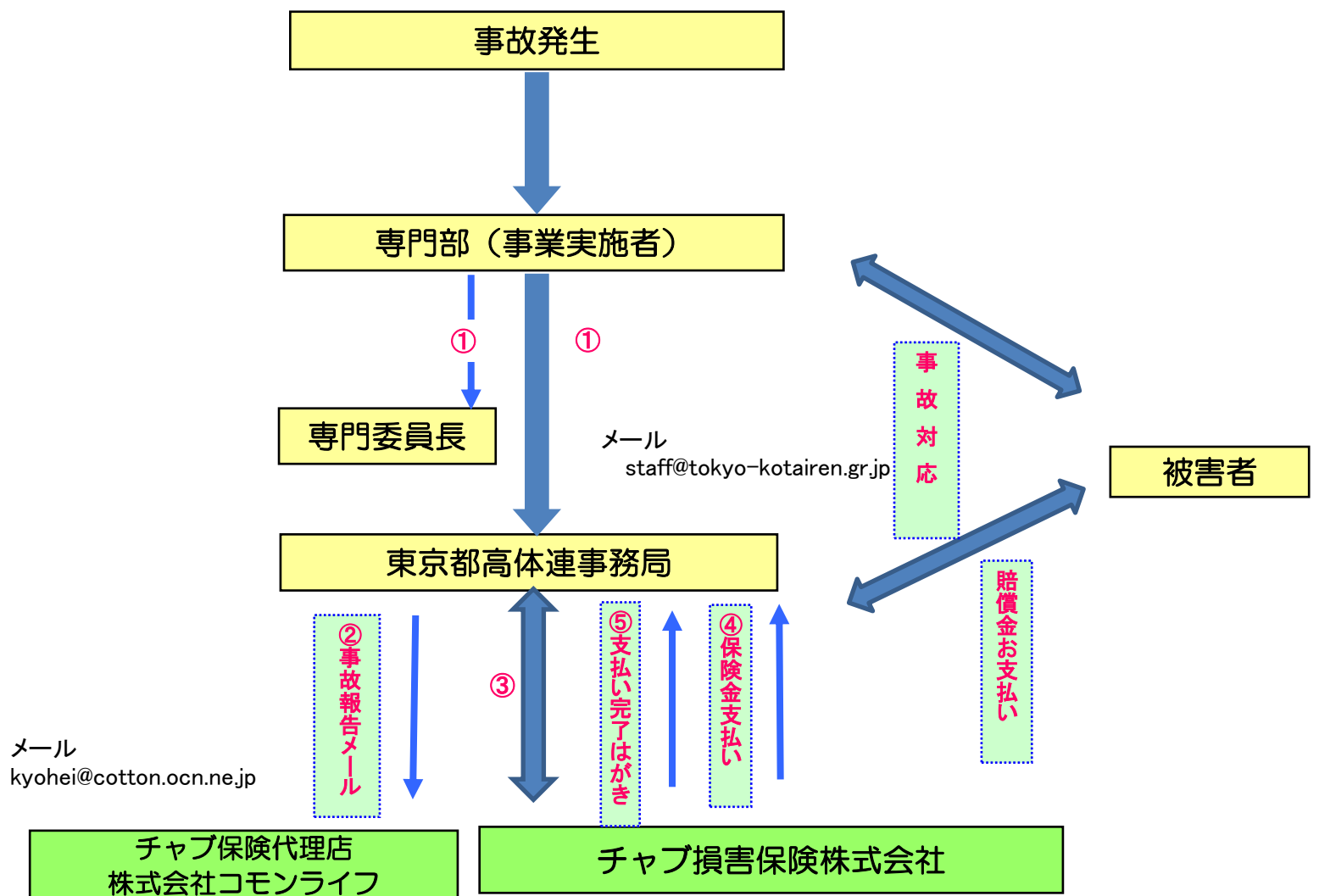
②事故通知欄		*メールで事故日から30日以内にお送りください。(③は、記入不要です。)	
被補償者(ケガ・病気をされた方)	住所	フリガナ	
	氏名	電話番号() F A X	() <input type="checkbox"/> 電話番号と同じ
		フリガナ	性別
		男・女	才
事故発生状況	事故発生日時： 月 日 時 分頃 場所：		
傷病名(疾病名)	後遺障害： 有・無・未定		
病院名	担当医：	電話番号	()

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。		金融機関	銀行 信金 フリガナ
請求日 令和 年 月 日			信組 農協 労金
フリガナ		振込先口座	支店
氏名			種 <input type="checkbox"/> 普通
(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。)			号
病院名		名 フリガナ	
①に記入した病院と同じ場合記入不要		義人	
ケガ又は病気の名前		電話番号() -	
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()		担当医：	
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。			
治癒状況	令和 年 月 日において 治癒・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.ギブス 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に対応(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

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。

報告日 令和 年 月 日

証券番号	502LG 089656-1
------	----------------

報告者	専門部	氏名
-----	-----	----

保険期間	令和8年4月6日～1年間
------	--------------

当事者氏名 (被保険者名)		引率者氏名(担当者)		連絡先 ()
大会区分				
大会名				
競技種目				
事故発生日	年 月 日	事故発生場所		
被害者	氏名	(男・女) (才)		
	住所	TEL		
事故発生状況	<input type="checkbox"/> 対人被害 <input type="checkbox"/> 対物被害			
特記事項 (被害者の意思表示)				
届出機関	有・無	同一の危険を担保する他契約 有・無		

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 502LG 089656-1

保険期間 令和8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	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。		
対人被害	<input type="checkbox"/>		
対物被害	<input checked="" type="checkbox"/>		
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。		
	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。		
届出機関	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	同一の危険を担保する他契約	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

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。