

傷害発生時の手続きについて（2014年度）

吹田RS安全対策委員

ケガが発生した場合、

プレーヤーの保護者 → 各学年の安全担当コーチ → スクール安全対策委員長（真部さん）

の順に連絡をします。とりあえずは以下の内容を速やかにメールにて連絡して下さい。

- 1) 氏名
- 2) シメイ
- 3) 自宅の郵便番号と住所
- 4) 自宅の電話番号
- 5) 携帯電話番号
- 6) 事故発生日と時間
- 7) 事故が発生した場所
- 8) 事故が発生した状況を詳しく
- 9) ケガをした部位
- 10) ケガの状況（捻挫、骨折等）
- 11) 通院日数見込み、入院日数見込み（不明であれば記入は不要）
- 12) 受信した医療施設（すべて）



各学年の安全担当コーチ

手続きは下記の団体へ事故報告となりますが、特にラグビー協会宛は事故発生から30日以内に書類を送付しなければなりません。

- ① チームのスポーツ保険（スポ安ねっと）
- ② ラグビーフットボール協会の見舞金

注)ラグビーフットボール協会から支給される見舞金は軽度の傷害の場合対象外となる場合があります。対象となる傷害・見舞金額は協会HPの「傷害見舞金給付表」で確認できます。

“①チームのスポーツ保険”

- (1) 各学年の安全担当コーチから事故報告が終了しますと保険会社から当該者の自宅に保険の請求書類が送付されます。
- (2) 治療完了後、請求書に必要事項を家族が記載し、必要書類を家族が添付した上で、各学年の安全対策担当コーチに提出して下さい。点検後安全対策委員長が団体代表者署名・捺印、加入内容を記入した後保険会社へ郵送します。

“②ラグビーフットボール協会の見舞金”

- (1) 負傷者各自が大阪府ラグビーフットボール協会のHP（→様式・申請書類－安全関係）
<http://rugby-osaka.org/documents/form.html>
から「**傷害報告書 1**」（見舞金請求書）、「**傷害報告書 2**」をダウンロードして下さい。
- (2) 「**傷害報告書 1**」、「**傷害報告書 2**」を家族が記入し各学年の安全対策担当コーチに提出して下さい。ただし「**傷害報告書 1**」の**チーム代表者、送金先、団体登録番号、JRFU 共通個人 ID** の欄は空白にしておいて下さい。特に送金先はチームの会計口座ですので、個人のものには記入しないで下さい。
- (3) 協会の受理は**傷害発生日から 30 日以内**です。早めの記入と各学年の安全対策担当コーチへの提出をお願いします。安全対策委員長が上記空白欄を記入・捺印し協会へ提出します。
- (4) 確定診断後速やかに（最大で6ヵ月を限度）、大阪府ラグビーフットボール協会のHP（→様式・申請書類－安全関係）から「**傷害診断書**」をダウンロードし、受診した医療機関で記入・捺印して頂き各学年の安全対策担当コーチに提出して下さい。この書類も**チーム登録番号、JRFU 共通個人 ID、チーム名** の欄は空白にしておいて下さい。安全対策委員長が空白欄を記入・捺印し協会へ提出します。

「**脳震盪／脳震盪の疑い**」

脳震盪または脳震盪の疑いありと判定された場合、ラグビーフットボール協会宛報告書、19歳以下競技者の段階的競技復帰のためのプロトコール実施（コンタクト練習の制限）及び医師の証明書発行等②の見舞金請求とは別途の対応が必要となります。本件については傷害発生時にチーム対応を相談していきます。

5. 保険金請求書記入例

①～⑤は必ずご記入ください。⑥は診断書をご提出されない場合にご記入ください。診断書のご提出要否については「3. 診断書のご提出について」をご確認ください。
 保険金請求に必要な書類は、表紙の一覧表をご参照ください。

***②と④は空欄で提出願います。**

スポーツ安全保険 傷害保険金請求書 (兼 治療状況報告書 兼 事故証明書)

東京海上日動火災保険株式会社 宛

請求年月日 △△ 年 3 月 5 日

請求書ご記入日となります。

住所・氏名には必ずフリガナをご記入ください。

ご捺印は1～2枚目すべてをお願いいたします。

事故時点の代表者の記名・捺印が必要となります。

連絡をご覧のうえ正確にご記入ください。

加入内容についてご不明な点は団体の代表者様へご確認ください。

加入依頼番号は、加入依頼書の控(「スポ安ねっと」をご利用の場合は、団体員名簿等)に記載されています。加入依頼書および団体員名簿等は、団体代表者様が手元に保管されています。追加加入された方については追加分の加入依頼番号をご記入ください。

スポーツ名も必ずご記入ください。

医師の診断による傷病名をご記入ください。

〒 <u>△△△△</u> 日中連絡先 <u>03 (XXXX)</u> フリガナ <u>トウキョウトシヤクマルハツマテ</u> 住所 <u>東京都渋谷区△△町△△</u> フリガナ <u>ホケン ハナコ</u> 男・◎12才 氏名 <u>保険 花子</u> おかけをされた方が未成年の場合、こちらに親権者の方のご署名をお願いします。 <u>保険 陽一</u>		〒 <u>△△△△</u> TEL <u>03 () XXXX</u> フリガナ <u>トウキョウトシヤクマルハツマテ</u> 住所 <u>東京都渋谷区△△町△△</u> フリガナ <u>アン シン タロウ</u> 氏名 <u>安心 太郎</u>	
[<input type="checkbox"/> ×] 信用審査 丸の内 支所 口座番号 <u>100</u> 口座番号 <u>XXXXXXXXXX</u> 口座名義 (ご記入ください) <u>ホケン ヨウイチ</u>		ゆうちょ 口座の「郵便振替口座開設(送金機印)」欄に○が付けられていることを予めご確認ください。 送金記号 (5桁) <u>1</u> 0 送金番号 (2桁) 団体の名称 <u>ひまわりテニスクラブ</u> 会員証番号または加入依頼番号 <u>N5124-001</u> 団体の活動内容 <u>硬式テニス</u> 団体の所在地 <u>東京 渋谷</u> 市・区・町・部 加入方法 <input checked="" type="checkbox"/> 加入依頼書 <input type="checkbox"/> インターネット (送付加入手続方式) <input type="checkbox"/> インターネット (返書一括加入方式) 加入区分 <u>AW</u> 日時 <u>△△年 1月 6日 (木) 曜</u> <u>9 時 55 分</u> 場所 <u>東京都渋谷区△△町△△</u> 1. 団体活動中 (活動内容:) 2. 経路往復中 3. 左記以外 (AW区分のみ) (状況) <u>自宅から自転車までテニスコートへ向かう途中</u> 何か起きて <u>横断歩道の段差で転倒し</u> どのようになったか <u>右膝を骨折した</u> その他詳しい情報 <u>その場で応急処置後、救急車で病院に向かった。</u>	
症状 <u>脱臼・捻挫・挫傷・打撲・腱断裂・創傷・骨折・その他 (傷病名: 右膝蓋骨骨折)</u> 記入いただいた治療内容について、弊社より医療機関などに確認させていただく場合がございます。 (入院) <u>△△年 1月 6日～△△年 1月 15日</u> (通院) 実際に通院治療を受けた日に印を付けてください。2カ所以上の医療機関に通院された場合は、△・印等で区別してください。		治療内容 ()月 ()日 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 日 ()月 ()日 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 日 ()月 ()日 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 日 ()月 ()日 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 日 ()月 ()日 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 日 ()月 ()日 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 日 (手術) 実施日 年 月 日 手術名:	
治療期間が記載された医療機関の領収書 (原本またはコピー) を添付してください (無い場合は診療券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関名等を記入ください)。 (名称) <u>△△大学附属病院</u> (所在地) <u>渋谷区△△町△△</u> TEL <u>03 () XXXX</u> (担当医師名) <u>整形外科 X 医師</u>		(名称) <u>○X整形外科</u> (所在地) <u>渋谷区△△町△△</u> TEL <u>03 (XXXX) XXXX</u> (担当医師名) <u>△△医師</u>	
(常時着用*)した期間 (*)[入浴中のみ取り外す。等]常時着用にご留意ください。 年 <u>1</u> 月 <u>6</u> 日から 年 <u>1</u> 月 <u>23</u> 日まで		(固定具の種類) 無・有 無・有	
(支障期間) 年 <u>1</u> 月 <u>6</u> 日から 年 <u>2</u> 月 <u>10</u> 日まで 具体的治療内容 [<u>杖杖で歩行していた。</u>]		支障期間	

(*)診断書の提出要否については、「3. 診断書のご提出について」をご確認ください。

保険会社受領印

保険会社記入欄

死亡保険金	円	入院保険金	円	通院保険金	円
後遺障害保険金	円	手術保険金	円	支払年月日	年 月 日

* 空欄で提出願、可。

受付番号		
------	--	--

傷害報告書 1

(見舞金請求書)

* チーム代表者	住所 〒	提出日		年	月	日	
	氏名	印	TEL	都道府県協会	三地域協会	日本協会	
* 送金先	金融機関	支店名	受付日	受付口	受付口	受付口	
	口座名 普通 当座	口座番号					
	(フリガナ) 口座名義	TEL		協会			
* 団体登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					団体名	
* JRFU共通個人ID	(ふりがな) 氏名 (<input type="text"/>)					年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳

傷害内容 または傷病名																					
傷害発生年月日				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日				傷害発生時刻				<input type="text"/> <input type="text"/> 時頃									
傷害発生状況		<input type="checkbox"/> 1. 試合 2. 練習試合 <input type="checkbox"/> 3. 練習 4. その他		受傷時の試合時刻		<input type="checkbox"/> 1. 前半 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分頃 <input type="checkbox"/> 2. 後半 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分頃		受傷機転		<input type="checkbox"/> 1. スクラム 2. タックルして <input type="checkbox"/> 3. タックルされて 4. ラック <input type="checkbox"/> 5. モール 6. その他()											
(その時の状況を具体的に) 書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。																					
(例) 左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。																					
試合名						対戦チーム名			<input type="checkbox"/> 1. 公式 2. 非公式												
マウスガード			<input type="checkbox"/> 1. 装着(カスタムメイド) <input type="checkbox"/> 2. 装着(市販品) 3. 非装着			コンタクトレンズ		<input type="checkbox"/> 1. 装着 <input type="checkbox"/> 2. 非装着		ヘッドギア		<input type="checkbox"/> 1. 装着 <input type="checkbox"/> 2. 非装着									
受傷時のポジション			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 左プロップ 2. フッカー 3. 右プロップ 4. 左ロック 5. 右ロック 6. 左フランカー 7. 右フランカー 8. NO8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. スクラムハーフ 10. スタンドオフ 11. 左ウイング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウイング 15. フルバック 16. 未定																		
天候		<input type="checkbox"/> 1. 晴れ 2. 曇り <input type="checkbox"/> 3. 雨 4. 雪		グラウンドの状態		<input type="checkbox"/> 1. 芝 <input type="checkbox"/> 2. 土 <input type="checkbox"/> 3. その他		照明		<input type="checkbox"/> 1. 有り <input type="checkbox"/> 2. 無し		気温		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C		湿度		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C			
レフリー		<input type="checkbox"/> 1. 在 <input type="checkbox"/> 2. 不在		資格		<input type="checkbox"/> 1. 有り <input type="checkbox"/> 2. 無し		氏名		ドクター		<input type="checkbox"/> 1. 在 <input type="checkbox"/> 2. 不在		氏名							
傷害時処置		<input type="checkbox"/> 1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 <input type="checkbox"/> 3. 医師 4. その他()				処置の内容															
体重		身長		胸囲		腹囲		頸囲		座高											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm											
既往症		<input type="checkbox"/> 脳しんとう		<input type="checkbox"/> 頭蓋内損傷		<input type="checkbox"/> 頸部(委)損傷		<input type="checkbox"/> 腹部損傷		<input type="checkbox"/> 四肢骨折		<input type="checkbox"/> 関節損傷		<input type="checkbox"/> 日射病		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 心臓疾患		<input type="checkbox"/> 糖尿病	

審査年月日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	① 診断結果 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 千円	② 1: 期限切れ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	③ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	④ <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--	--	--	---	---


傷 害 診 断 書

年 月 日 審査

チーム記入欄 *空欄ご提出願います。

チーム登録番号 *	JRFU共通個人ID *	チーム名 *
傷病者名 氏名	男 女	昭和 年 月 日 生 歳 平成
傷病者住所	〒 □□□□-□□□□ TEL ()	

医師記入欄 (特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1 傷病名	1) 2) 3)	傷病発生年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
2 初診日	1) 初診日 平成 年 月 日		
3 外来通院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
4 入院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
5 治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (いずれかにチェックを入れる)		
6 手術日	(手術治療を行った場合記入) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式 3) 年 月 日 術式		
7 治療内容			
8 既往症・持病又は既存の身体障害	有 無 (有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください)		
以上の通り証明(診断)する。			
平成 年 月 日		所在地 病院又は診療所の 名 称	電話番号
		医師氏名 	

協会記入欄

見舞金給付表 該当日	等級 () - ()	審査決定年月日 年 月 日
都道府県協会 受付日 協会 印	三地域協会 受付日	日本協会 受付日