

県中体連主催大会の競技役員、審判（教員、競技団体、保護者等）及び諸会議の補償
埼玉県中学校体育連盟

- 1 保険種目 団体総合補償制度費用保険、主催者賠償責任保険
- 2 契約先 保険みらい（株式会社みらい）
- 3 契約者 埼玉県中学校体育連盟 会長 高橋 利明

4 契約内容

| | 補償内容 | 補償金額（単位：円） |
|----------------------------------|---------------|-------------------|
| 保険料合計 600,000 円 | 死亡・後遺障害補償（傷害） | 10,000,000円（1名分） |
| | 入院保険金（日額）（傷害） | 5,000円（1名分） |
| | 通院保険金（日額）（傷害） | 3,000円（1名分） |
| | 補償内容 | 補償金額（単位：円） |
| | 施設賠償責任・対人対物共通 | 100,000,000円（1名分） |
| | 管理財物補償特約 | 5,000,000円（1事故） |
| | 受託物賠償責任特約 | 5,000,000円（1事故） |

5 補償対象

- (1) 埼玉県中学校体育連盟が主催する県大会の小中学校・高等学校等教員及び競技団体並びに保護者等の競技役員全員（約7,500人）、埼玉県中学校体育連盟が主催する諸会議出席者。
- (2) 諸会議、県大会開催時間内の事故及び会場までの移動中
 - ※県中体連が主催する県大会とは、学校総合体育大会及び新人体育大会兼県民総合体育大会並びに通信陸上埼玉県大会（埼玉県開催関東大会を除く）とする。専門部主催の記録会、強化練習会等は対象外である。
 - ※会場までの移動中の事故は、時間帯によっては対象とならないこともある。
 - 例：競技開始時間よりもはるかに早い時間帯もしくは、終了後極端に遅い時間帯等。

6 補償対象事故発生後の対応

- (1) 事故の起こった大会会場責任者が、県中体連事務局へ報告する。
- (2) 県中体連事務局は、状況を確認した後、県中体連会長へ報告する。
- (3) 県中体連会長は、保険代理店担当者に報告する。
- (4) 大会会場責任者は、事故発生から5日以内に別紙事故報告書（様式）に必要事項を記入のうえ、県中体連事務局に提出する。この場合、死亡や入院加療など日数がかかる場合でも一旦5日以内に報告書を提出する。その後の対応は、保険代理店から指示を受け対応する。
- (5) 報告書提出時に添付するもの。
 - ① 大会プログラム（競技役員名簿が載っているもの）
 - ※対象者が代理であった場合、競技役員名簿を差し替えて添付すること。

7 その他

- (1) 報告を受けた後、県中体連で「事故通知書兼保険金請求書」を作成する。契約者の県中体連会長が保険金を受け取り、対象者に送金する。
- (2) 報告書の内容から判断できない内容については、県中体連から詳細を確認することもある。
- (3) 派遣依頼文書の「その他」の欄に下記文書を必ず明記すること。

「本大会は、小中学校・高等学校等教員及び競技団体並びに保護者等の競技役員中の傷害に対し、県中体連が契約している傷害保険契約に従い保険対応をいたします。」

様式

令和 年 月 日

埼玉県中学校体育連盟会長 様

埼玉県中学校体育連盟

専門委員長 _____

競技役員及び審判（競技団体、保護者等）の事故報告書について

下記の事故が発生しましたので報告いたします。

記

| | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|
| 大会名 | | | |
| 開催期日 | 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () | | |
| 会場名 | | | |
| 会場住所 | 〒 | 電話: | |
| 受傷/発病の日時 | 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 頃 | | |
| 届出先 | 警察署/消防署名 | | |
| 場所 | <input type="checkbox"/> 大会会場内 <input type="checkbox"/> その他の場所: | | |
| 状況 (受傷の状況) | <input type="checkbox"/> 競技役員活動中の | <input type="checkbox"/> 傷害 | |
| | <input type="checkbox"/> 移動中の | <input type="checkbox"/> 傷害 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 保険対象者 | ふりがな | | |
| | 氏名: | 性別: 男・女 | 年齢: |
| | 自宅住所: 〒 | 電話: | |
| | 所属名: | | |
| | 所属住所: 〒 | 電話: | |
| | 医療機関名: | | |
| | 住所・電話: 〒 | | |
| | その他 | | |