

(2)【学生】

LINEの友だち登録・学研災の加入者のしおりの確認

要 旨

サービスを利用開始いただく際の学生の皆さまの操作手順をご説明します。

■操作の流れ

1 LINE 公式アカウントの友だち登録

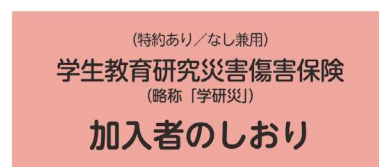
SkettBook案内用チラシまたは以下の二次元コードを読み取り、LINE公式アカウント「SkettBook」を友だち登録します。



2 学研災の加入者のしおりの確認

加入者証の代わりとなる「加入者のしおり」を確認します。

Aタイプ(死亡保険金最高2,000万円) 令和8年4月1日以後
保険期間



あなたはこの保険の加入者です。
あなた自身がけがを負った場合等の万一の事故に備え、ぜひご一読ください。

この保険は学生個人に対して保険証券を発行していません。
このしおりを保険証券の代わりとして大切に保管してください！



〈ご加入の覚え〉学生ご本人がご記入ください

| 加入 年度 | 年度 | 保険 期間 | 年間 | 通学特約 | 接触感染特約 |
|----------|----|----------|----|------|--------|
| | | | | 有・無 | 有・無 |
| 氏名 | | | | | |

(ご注) 1 通学中の事故・学校施設等相互間の事故中については、「学生教育研究災害傷害保険 (略称「学研災」) 普通保険」および「通学中等傷害危険特約 (略称「通学特約」)」に加入の場合に限り保険金のお支払い対象となります。
2 接触感染による感染症予防措置を受けた場合については、「学生教育研究災害傷害保険 (略称「学研災」) 普通保険」および「接触感染予防保険金支払特約 (略称「接触感染特約」)」に加入の場合に限り保険金のお支払い対象となります。

※加入者のしおりは、支援協会様 HP よりお取り寄せが可能です。

3 (チラシを持っている方) 加入者カードの保管

SkettBook案内用チラシの下部に付属している「加入者カード」を切り取り、ご自身の情報を記入します。

事故時にご加入内容をすぐに確認できるよう、大切に保管してください。

4. 保険金請求手続き～おけがをされたとき～

(1)【学生】事故通知を行う

要旨

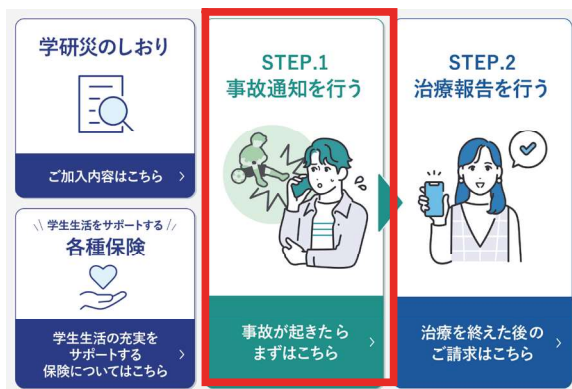
おけがをされたときの「事故通知」の手順をご説明します。

※事故通知をせずに、治療報告は実施できませんので、必ず事故通知を実施してください。

■操作の流れ

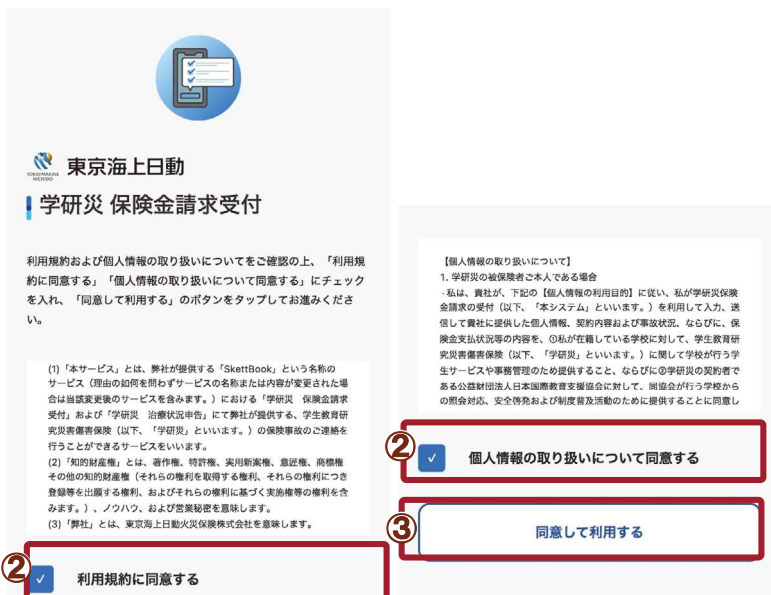
1 おけがの内容の入力(事故通知)

- ① LINE公式アカウント「SkettBook」のトーク画面の「事故通知を行う」をタップします。



- ② 「利用規約」「個人情報の取扱い」の内容を確認し、チェックボックスにチェックを入れます。
- ③ 「同意して利用する」をタップします。

※チェックボックスにチェックを入れると、「同意して利用する」をタップできるようになります。



2 基本情報の入力

- ① 各項目を入力します。
- ② 画面最下部の「次へ」をタップします。

※全項目不備なく入力すると、「次へ」をタップできるようになります。

基本情報の入力

1

ご報告されている方の情報について

必須

入学年月・保険加入期間について

入学年月 **必須**

2022年 04月

保険の加入期間 / 始期月 **任意**

年(西暦) 月

おけがをした時点の在籍状況

現在ではなく、「おけがをした時点」の在籍状況を記載してください。

学校所在都道府県 **必須**

東京都

学校区分 **必須**

私立

学校名 **必須**

※全角のみ

東京海上日動大学

学校名は正式名称でご入力ください。

学校分類 **必須**

大学

学部名 **必須**

※全角のみ

海外がくぶ

短期大学の場合は「短期大学」とご入力ください。
高等専門学校の場合は「高等専門学校」とご入力ください。

学部分類 **必須**

学部

学科名 **必須**

※全角のみ

経済学 科

学科区分 **必須**

昼間部(文科系)

学年 **必須**

6年

おけがが発生時の学年をご記載ください。

学籍番号 **必須**

※半角のみ

123459789

転部・転科歴 **任意**

無し

最後の入力情報の確認画面にて入力内容の修正・変更が可能です

| 項目名 | 内容 |
|------------------|--|
| ご報告されている方の情報について | <p>該当の事故通知される方を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受傷者本人：被保険者である学生本人が報告する場合に選択します。 ・受傷者本人以外：被保険者である学生本人以外（ご両親等）が入力する場合に選択します。入力している方の氏名（セイ・メイ）・続柄を入力ください。 |
| 入学年月 | 入学年月をプルダウンから選択します。 |
| 保険の加入期間/始期月 | 保険加入期間をプルダウンから選択します。 |
| 学校所在都道府県 | <p>該当の学校所在都道府県を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・47都道府県 |
| 学校区分 | <p>該当の学校区分を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国立 ・公立 ・私立 |
| 学校名 | 正式名称で「～大学/短期大学/専門学校」まで入力します。 |
| 学校分類 | <p>該当の学校分類を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学 ・短大（短期大学部を含む） ・大学院 ・高等専門学校（本科） ・高等専門学校（専攻科） |
| 学部名 | 正式名称で入力します。「～部」まで入力します。 |

| | |
|------|---|
| 学部分類 | <p>該当の学部分類を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研究科 • 学部 • 学科 • 高等専門学校 |
| 学科名 | 正式名称で入力します。「～部」まで入力します。 |
| 学科区分 | <p>該当の学科区分を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 昼間部(文科系) • 昼間部(理工系) • 昼間部(体育系) • 夜間部(文科系) • 夜間部(理工系) • 夜間部(体育系) • 通信教育 |
| 学年 | <p>事故発生時の学年を選択します。該当がない場合は、「その他」を選択すると表示されるフリーコメント欄に記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1年 • 2年 • 3年 • 4年 • 5年 • 6年 • 修士1年 • 修士2年 • 博士1年 • 博士2年 • 博士3年 • その他 |
| 学部分類 | <p>該当の学部分類を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 研究科 • 学部 • 学科 • 高等専門学校 |

3 おけがの発生状況の入力

- ① 各項目を入力します。選択必須項目においていずれも該当しない場合は、選択肢から近いものを選び、フリーコメント欄に正しい内容をご入力ください。
- ② 画面最下部の「次へ」をタップします。

※全項目不備なく入力すると、「次へ」をタップできるようになります。

おけがの発生状況の入力

●
2
●
●

おけがをした日時・発生場所

おけがをした日 **必須**

2025年 06月 01日

発生時間 **必須**

7:27

場所/都道府県 **必須**

東京都

場所/学校施設内・外 **必須**

学校施設内

発生場所の詳細 **必須**

※最大入力文字数60文字・全角のみ

東京海上日動大学 東京キャンパスのグラウンド内に*

事故の発生場所について具体的に

例) 東京海上日動大学 東京キャンパスのグラウンド内にて

おけが発生時の状況等について

活動の形態 **必須**

正課中 (体育実技)

おけが発生時の状況について **必須**

※最大入力文字数200文字・全角のみ

ランニング中につまずいて左足首を捻挫

事故の状況について具体的に

「何をしているとき、何が起きて、どのようになったか」がわかるように入力ください

事実確認について

※最大入力文字数50文字・全角のみ

今回のご通知内容についての証明ができる学校関係者 (担当教員、学校職員、主将など) の所属・氏名 (役職) をご入力ください。

なお、目撃者がいない施設内の事故等の場合、学校の学研防災窓口 (学生課等) のご担当の方の氏名をご入力ください。

必須

東海太郎先生

おけがの内容について

主なおけがの内容・部位 **必須**

足首

主なおけがの内容・左右 **任意**

選択してください

主なおけがの内容・症状 **必須**

挫傷 (打撲・打ち身)

おけがの内容・傷病名等 **必須**

※最大入力文字数70文字・全角のみ

捻挫

傷病名について

複数箇所おけがをされた場合はその詳細をご入力ください。

治療期間について

入院 有無 **必須**

無

通院日数 **任意**

※半角のみ

例) 5

通院日数が確定していない場合は見込日数をご入力ください

数字のみご入力ください (「日」は入力しないでください)

その他

フリーコメント **任意**

※最大入力文字数300文字・全角のみ

留学生の場合は「留学生」とご記入ください。

その他コメントがある場合はご入力ください。

また、接触感染特約についてはその旨をコメントいただき、予防措置の内容、実施日も合わせてご入力ください。

あと300文字入力できます

最後の入力情報の確認画面にて入力内容の修正・変更が可能です

次へ

| 項目名 | 内容 |
|-----------------|---|
| おけがをした日 | 事故発生時の年月日を選択します。 |
| 発生時間 | 事故発生時間を選択します。 |
| 場所/都道府県 | 事故発生場所の該当都道府県を選択します。 |
| 場所/学校施設内・外 | <ul style="list-style-type: none"> ・学校施設内 ・学校施設外 |
| 発生場所の詳細 | 事故発生場所の詳細を記載します。 |
| 活動の形態 | <p>該当の活動の形態を選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正課中(体育実技) ・正課中(理系実験) ・正課中(医療実習) ・正課中(その他) ・学校行事中 ・クラブ活動中 ・学校施設内(正課・学校行事・クラブ活動中以外) ・通学中 ・学校施設間移動中 |
| 通学中・学校施設間移動について | <p>※「活動形態」で「通学中」「学校施設間移動中」を選択時のみ表示 通学中・学校施設間の移動手段について選択します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・徒歩 ・自転車 ・原付 ・バイク ・自動車 ・その他 |
| 活動内容の詳細について | <p>※「活動形態」で「通学中」「学校施設間移動中」を選択時のみ表示 その他を選択すると表示されるフリーコメント欄に記載します。</p> |
| おけがの発生時の状況について | 何をしているときに、何が起きて、どのようになったのか詳細を記載します。 |
| 事実確認について | 事実を証明できる学校関係者の所属・氏名、目撃者がいない場合は学校の窓口ご担当者所属・氏名を記載します。 |
| 主なおけがの内容・部位 | <ul style="list-style-type: none"> ・頭、顔（眼・歯を除く） ・眼、歯 ・首 ・胸・腹 ・背・腰 ・臀部（でんぶ） ・肩・二の腕 ・肘 ・前腕（肘から手首までの間） ・手首、手（甲・平）、手指 ・下肢（その他） ・股・太もも、膝 ・下腿（膝から足首までの間） |

| | |
|-------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・足首、足（甲・平）、足指 ・全身 ・その他 ・不明 |
| 主なおけがの内容・左右 | 左右どちらにおけがをしたか選択します。 |
| 主なおけがの内容・症状 | <ul style="list-style-type: none"> ・切り傷・すり傷 ・挫傷（打撲・打ち身） ・骨折 ・脱臼（だっきゅう） ・捻挫（ねんざ） ・じん帯・腱（けん）・筋肉の損傷または断裂 ・火傷（やけど） ・切断または欠損 ・神経・脊髄（せきずい）の損傷もしくは断裂 ・頭蓋内（ずがいない）または眼球の血腫（脳挫傷も含む） ・その他 ・不明 |
| お怪我の内容・傷病名等 | 傷病名を入力します。複数箇所につきおけがをした場合は詳細を入力します。 |
| 入院有無 | 入院の有無を入力します。 |
| 通院日数 | 通院日数の数字のみ入力します。日数が確定していない場合は見込みを入力します。 |
| フリーコメント | <p>留学生は「留学生」と入力します。</p> <p>その他保険会社への伝達事項があれば入力します。他項目で文字数制限などで詳細を記載しきれなかった場合もこの欄に入力します。</p> |

4 負傷者情報の入力

- ① 各項目を入力します。
- ② 画面最下部の「入力情報を確認する」をタップします。

※全項目不備なく入力すると、「入力情報を確認する」をタップできるようになります。

負傷者情報の入力

1 2 **3** 4 5

おけがをされた方について

| | |
|----------------------|----------------------|
| 姓 必須 ※全角のみ | 名 必須 ※全角のみ |
| 大学 | 太郎 |

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| セイ 必須 ※全角カナのみ | メイ 必須 ※全角カナのみ |
| ダイガク | タロウ |

性別 **任意**

選択してください

生年月日 **必須**

2004年 08月 01日

自宅 郵便番号 **必須**
※半角数字のみ

1234567

ハイフンなしで入力ください。

住所表示

郵便番号を入力して住所表示ボタンを押してください。
住所が自動入力されます。

自宅 住所（都道府県・市区町村） **必須**
※全角のみ

東京都千代田区

自宅 住所（都道府県・市区町村）フリガナ **必須**
※全角カナのみ

トウキョウトチヨダク

自宅 住所（町名番地） **必須**
※全角のみ

丸の内999-999

※東京海上日動より保険金のご請求に関する文書を送付する場合がございますので、正確な住所を入力してください。

自宅 住所（町名番地）フリガナ **必須**
※全角カナのみ

マルノウチ

住所（フリガナ）欄の郵便地の入力は不要です。

マンション名/部屋番号 **任意**
※全角のみ

例）安心マンション101

電話番号 **任意**
※半角数字のみ

0300000000

ハイフンなしで入力ください。

携帯電話番号 **必須**
※半角数字のみ

09000000000

ハイフンなしで入力ください。

メールアドレス **必須**

xxx@example.com

メールアドレス 確認用の再入力 **必須**

xxx@example.com

付帯学総の加入有無について

学研災付帯学生生活総合保険の加入有無 **任意**

選択してください

連絡先について

今後の主な連絡先 **必須**

メール（おけがをされた方）

その他

フリーコメント **任意**
※最大入力文字数300文字・全角のみ
今後の主なご連絡先でその他を選択された方や、改姓された場合など、全体を通して何かありましたらご入力ください

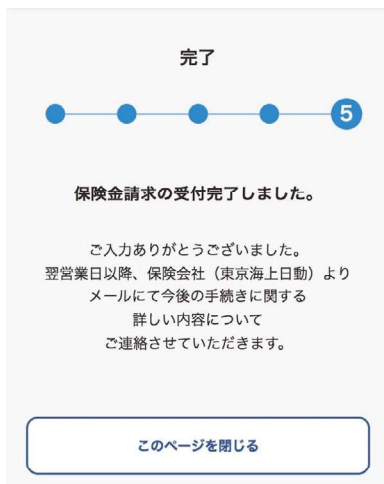
あと300文字入力できます

最後の入力情報の確認画面にて入力内容の修正・変更が可能です

入力情報を確認する

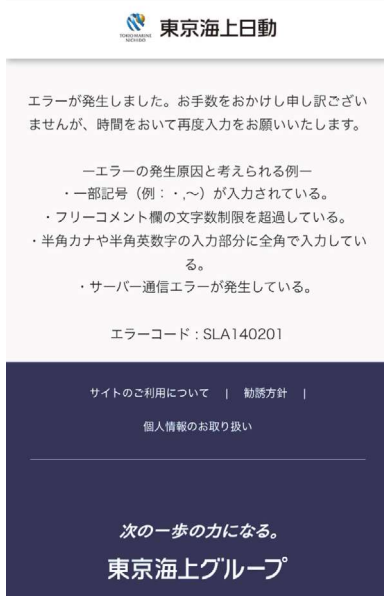
| 項目名 | 内容 |
|----------------------|---|
| 姓・名 | 全角で入力します。 |
| セイ・メイ | 全角カナで入力します。 |
| 性別 | 性別を選択します。 |
| 生年月日 | 生年月日を選択します。 |
| 自宅 郵便番号 | ご自宅の住所を入力します。 保険会社（東京海上日動）から書類をお送りする場合、こちらでご登録いただいた住所にお送ります。 |
| 自宅 住所（都道府県・市区町村） | |
| 自宅 住所（都道府県・市区町村）フリガナ | |
| 自宅 住所（町名番地） | |
| 自宅 住所（町名番地）フリガナ | |
| マンション名/部屋番号 | |
| 電話番号 | 今後保険会社（東京海上日動）からご連絡しますので入力誤りのないようご注意ください。 |
| 携帯電話番号 | 今後保険会社（東京海上日動）からご連絡しますので入力誤りのないようご注意ください。 |
| メールアドレス | 今後保険会社（東京海上日動）からご連絡しますので入力誤りのないようご注意ください。 |
| メールアドレス 確認用の再入力 | 確認用となりますので、コピー＆ペーストではなく、入力をしてください。 |
| 学研災付帯学生生活総合保険の加入有無 | 加入有無を選択します。 |
| 今後の主な連絡先 | 「メールアドレス」以外を選択した場合も、翌営業日以降に保険会社（東京海上日動）からメールが届きます。 別途、追加で状況等確認する場合には本項目で選択した方法で連絡が来ます。 |
| フリーコメント | その他保険会社への伝達事項があれば入力します。他項目で文字数制限などで詳細を記載しきれなかった場合もこの欄に入力します。 |

- ④ **本ページが表示されたら受付完了です。受付完了の自動送信メールが届きます。**



<エラーが発生した場合>

本エラー文言に記載のとおり、恐れ入りますが時間を置いて再度入力してください。



6 事故受付完了メールの確認

- ① **事故通知を完了した翌営業日以降(土日祝日を除く)、学研災に加入済みであることが確認できましたら、今後の手続きについて保険会社（東京海上日動）よりメールが届きます。**
- ② **受付時の内容において不明な点等につきましては確認することがあります。**
メール文面は「7. メール一覧」をご確認ください。