

アプリからの事故通知方法について

QRコードよりアプリをダウンロードし、下記案内に従って入力してください。



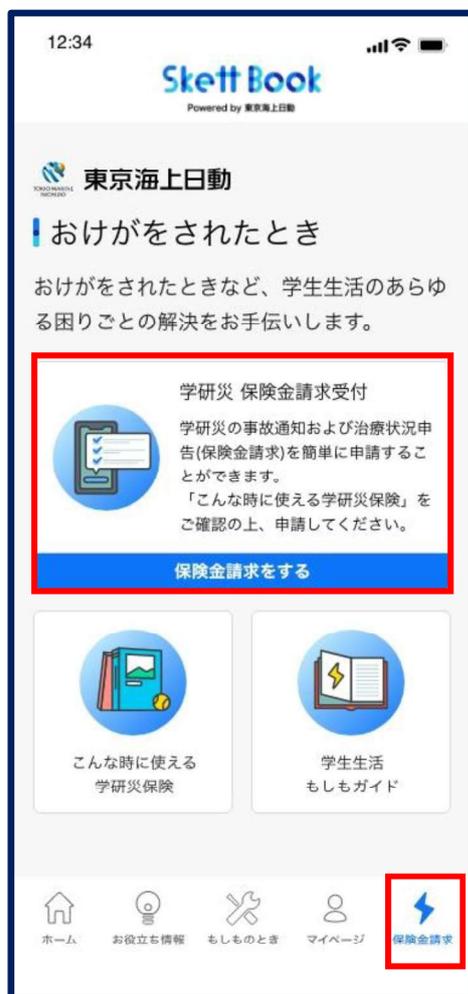
(3) アプリからの事故通知機能について

事故通知の機能について、スマートフォンの画面イメージとともにご説明します。

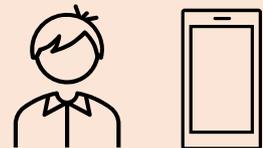


実際のスマホ画面と本マニュアルに掲載している画面イメージは一部異なります。
あらかじめご了承ください。

① おけがをされたときトップ画面



事故通知をされる際は、
アプリ画面下部にある「**保険金請求**」をタップ、次に「**学研災 保険金請求受付 保険金請求をする**」をタップします。





「おけがをされた方 事故通知をする」をタップします。

② 利用規約・個人情報の取扱い

12:34 保険金請求受付

東京海上日動

学研災 保険金請求受付

利用規約および個人情報の取り扱いについてをご確認の上、「利用規約に同意する」「個人情報の取り扱いについて同意する」にチェックを入れ、「同意して利用する」のボタンをタップしてお進みください。

「学研災 保険金請求の受付」利用規約

この「学研災 保険金請求の受付」利用規約（以下、「本規約」といいます。）には、本サービスの提供条件および利用に関する弊社とサービス利用者との間の権利義務関係が定められています。本サービスの利用に際しては、本規約の全文をお読みいただいたうえで、本規約に同意いただく必要があります。

第1条（利用規約の目的および適用）

1. 本規約は、弊社が提供する本サービス（第2条第1号で定義

利用規約に同意する

「学研災 保険金請求の受付」利用規約

この「学研災 保険金請求の受付」利用規約（以下、「本規約」といいます。）には、本サービスの提供条件および利用に関する弊社とサービス利用者との間の権利義務関係が定められています。本サービスの利用に際しては、本規約の全文をお読みいただいたうえで、本規約に同意いただく必要があります。

第1条（利用規約の目的および適用）

1. 本規約は、弊社が提供する本サービス（第2条第1号で定義

個人情報の取り扱いについて同意する

同意して利用する

「利用規約」「個人情報の取扱い」の内容を確認します。

その後、チェックボックス 2 か所（※）にチェックを入れ、「同意して利用する」をタップします。

（※）チェックボックス 2 か所とも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。



利用規約同意のチェックボックス

個人情報取り扱いの同意のチェックボックス

上記 2 つの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」をタップできます。

③ 保険金請求の受付

利用規約・個人情報の取扱いに同意すると受付が始まります。

- 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、最後のページにあるフリーコメント欄にご入力ください。
- 最後のページで全ての項目の修正が可能です。（ブラウザの「戻る」ボタンで戻る必要はありません）

(a) 基本情報の入力

The screenshot shows a mobile app interface for '保険金請求受付' (Insurance Claim Application). The title is '基本情報の入力' (Basic Information Input). A progress indicator shows the first step is active. The form contains two sections:

- ご報告されている方の情報について** (Information about the person being reported): A '必須' (Required) label is present. There are two buttons: '受傷者本人' (Injured person) and '受傷者本人以外' (Other than injured person).
- 入学年月・保険加入期間について** (About the year of enrollment and insurance period):
 - 入学年月** (Year of enrollment): A '必須' (Required) label. The input shows '2000' for the year and '04' for the month.
 - 保険の加入期間 / 始期月** (Insurance period / Start month): A '任意' (Optional) label. The input shows '2000' for the year and '04' for the month.

SkettBook アプリユーザー登録時にご登録いただいた項目は自動的に引き込みされます。引き込み内容に誤りがないかご確認ください。

「ご報告されている方の情報について」
ご本人以外（ご両親等）が入力する場合は「受傷者本人以外」を選択し、入力している方の氏名・続柄を入力ください。
ご本人の場合は「受傷者本人」を選択します。ご本人の氏名は「おけがの発生状況の入力」ページにて入力いただくため、本ページでの入力は不要です。

おけがをした時点の在籍状況
 マイページの情報に誤りがある場合は、再度記入してください

学校所在都道府県 **必須**
 東京都

学校区分 **必須**
 大学

学校名 **必須**
 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**
 ○○○○○○

学部名 **必須**
 経済学部
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**
 ○○○○○○

学科名 **必須**
 経済学 科

学科区分 **必須**
 ○○○○○○

学年 **必須**
 1年

学籍番号 **必須**
 1234567898

転部・転科歴 **任意**
 ○○○○○○

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

学校区分（選択肢）
 国立
 公立
 私立

「学校名」
 必ず正式名称で入力ください。
 入力誤りのないようご注意ください。


学校分類（選択肢）
 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）

学部分類（選択肢）
 研究科
 学部
 学科
 高等専門学校

学科区分（選択肢）
 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（選択肢）
 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

※その他を選択した場合、別途「フリーコメント欄」が表示されます。

入力が終わったら**「次へ」**
 をタップします。

(b) おけがの発生状況の入力

12:34 保険金請求受付

おけがの発生状況の入力

おけがをした日時・発生場所

おけがをした日 必須
年 月 日

発生時間 必須
選択してください

場所/都道府県 必須
選択してください

場所/学校施設内・外 必須
選択してください

発生場所の詳細 必須

エラーメッセージ: 事故の発生場所について具体的に記入してください (例) 東京都目黒区 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
選択してください

通学中・学校施設間移動について 必須
選択してください

移動手段 必須
例) トラクター 免許所持

エラーメッセージ: 移動手段について具体的に記入してください。自転車等を選定中の場合は、有効な免許証の保有有無についても記入してください。

活動内容の詳細について 必須

例) 3限の経営実習のためキャンパスから大学専用駐車場へトラクターで移動中

エラーメッセージ: 活動内容の詳細を記入してください。(無償的移動については、出発地と到着地の両方を記入してください)

例) 授業中、学校行事中、課外活動等具体的な活動
①運動(手袋)した程度等(授業の場合は何時何分の授業か、授業以外の場合は何時から何時までか)

おけが発生時の状況について 必須

例) ランニング中につまずいてしまい、足指を擦り傷めてしまった。

エラーメッセージ: 事故の状況について具体的に記入してください

場所/学校施設内・外 (選択肢)

- 学校施設内
- 学校施設外

活動の形態 (選択肢)

- 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 (選択肢)

- 徒歩
- 自転車
- 原付
- バイク
- 自動車
- その他(テキストボックス)

「活動内容の詳細について」

「活動の形態」が「通学中」or「学校施設間移動中」の場合、かつ「通学中学校施設間移動について」で「その他」を選択した場合に表示される項目です。

「おけが発生時の状況について」

状況等について可能な限り詳しく入力ください。ご不明な点はお伺いする場合があります。



事実確認について
 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、学校教員、主任など）の所属・氏名（役職）をご入力ください。

必須

例）指導教員の東海次郎先生、●●部 部長の海上三郎さん。
 なお、目撃者がいない施設内の事故等の場合、学校の学研実習口（学生課等）のご担当の方の氏名をご入力ください。

エラーテキストエラーテキストエラーテキスト

おけがの内容について

主なおけがの内容・部位 **必須**
 選択してください

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**
 選択してください

おけがの内容・傷病名等 **必須**

エラーテキストエラーテキストエラーテキスト
 傷病名についてご入力ください。
 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 有精 **必須**
 選択してください

通院日数 **任意**

例）5

エラーテキストエラーテキストエラーテキスト
 通院日数の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」は入力しないください）

その他

フリーコメント **任意**

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。

エラーテキストエラーテキストエラーテキスト
 最大2000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

「事実確認について」

具体的に入力ください。

場合によっては保険会社から状況をおうかがいする場合があります。

「主なおけがの内容・部位」「主なおけがの内容・症状」

複数のおけががある場合には、症状の重い部位とその症状を選択してください。

ご選択いただいている部位以外にもおけががある場合は、「おけがの内容・傷病名」任意欄に入力ください。

（選択肢一覧は 36 ページをご参照ください）



「フリーコメント」

その他コメントがある場合は入力ください。

接触感染特約をご請求の場合は、フリーコメント欄に「接触感染特約ご請求する旨」「予防措置の内容」「実施日」を入力ください。

具体的な状況については「おけが発生時の状況について」欄に入力ください。



入力が終わったら**「次へ」**をタップします。

(c) 負傷者情報の入力

12:34 保険金請求受付

負傷者情報の入力

おけがをされた方について

姓 **必須** 名 **必須**
例) 大字 例) 太郎

セイ **必須** メイ **必須**
例) ダイゴク 例) タロウ

性別 **任意**
選択してください

生年月日 **必須**
年 月 日

自宅 郵便番号 **必須**
例) 1234567

住所表示

自宅 住所 (都道府県・市区町村) **必須**
例) 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**
例) トウキョウトチヨダク

自宅 住所 (町名番地) **必須**
例) 丸の内1-1-1

自宅 住所 (町名番地) フリガナ **必須**
例) マルノウチ
住所 (フリガナ) 欄の番地のご入力は不要です。

マンション名/部屋番号 **任意**
例) 安心マンション101

電話番号 **任意**
例) 033285xxxx
ハイフンなしでご入力ください。

携帯電話番号 **必須**
例) 09012345678
ハイフンなしでご入力ください。

メールアドレス **必須**
例) xxx@example.com

メールアドレス 確認用の再入力 **必須**
例) xxx@example.com

氏名「姓 名」「セイ メイ」

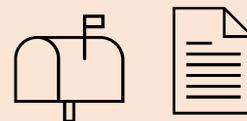
入力誤りのないようご注意ください。

「生年月日」

入力誤りのないようご注意ください。

「自宅 住所」

今後保険会社から書類をお送りする場合がありますので入力誤りのないようご注意ください。



「電話番号」「携帯電話番号」「メールアドレス」

今後保険会社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。



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
 選択してください

フリーコメント 任意
 今後の主な連絡先でその他を選択された方や、変更された場合など、全体を通して何かありましたらご入力ください

あと000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

「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からメールが届きます。別途、追加で状況等おうかがいする場合には「今後の主な連絡先」欄で選択された方法で連絡します。

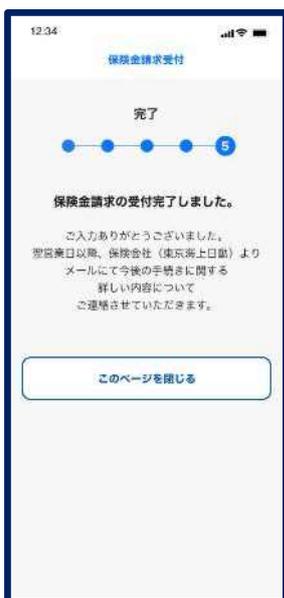
「入力情報を確認する」

入力が終わったら「入力情報を確認する」をタップします。

(d) 入力情報の確認

入力内容に誤りがないかご確認ください。
本ページですべての項目の修正が可能です。
（「戻る」ボタンで戻る必要はありません。）

入力内容に誤りがないことを確認したら、「完了」を
タップしてください。
「完了」をタップすると入力内容が保険会社に送信され
ます。



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。
また翌営業日以降に保険会社からメールが届きますのでご確認ください。

