

5. 保険金請求手続き～治療を終えられたとき～

【学生】治療報告を行う

要旨

病院等で治療を受けられた後、「治療報告」を行う手順をご説明します。
必ず「事故通知」を行った後、「治療報告」を実施してください。

■操作の流れ

1 治療内容の入力(治療報告)

- ① LINE公式アカウント「SkettBook」のトーク画面の「治療報告を行う」から治療内容の報告をします。
- ② 「おけがをされた学生本人ですか?」「利用規約」「個人情報の取り扱い」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。

※学生が未成年等の場合は、事故通知はSkettBookで対応可能ですが、治療報告は実施できません。保険金請求書にてご対応ください。

※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。

おけがをされた学生本人ですか? **必須**

※ご本人でない場合、または18歳以上でない場合にはご請求いただけませんので、学校担当者または東京海上日動の担当者までご連絡ください。

② はい

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。

【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引当の判断、保険事故への対応（関係先への謝罪等の事実関係の確認や提供する損害保険について損害保険会社型や東友海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
（※）詳しくは、弊社ホームページ（www.tokiomarine-nichido.co.jp）をご参照ください。

② 個人情報の取り扱いについて同意する

③ 利用規約に同意する

③

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。

項目名	内容
事故受付番号入力	事故通知した翌営業日以降に保険会社から届くメールにてご案内している10桁の番号を入力します。
姓・名	全角で入力します。
セイ・メイ	全角カナで入力します。
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。

3 保険金受取情報の入力

- 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。

番号	項目名	内容
①	保険金受取人の入力	該当の保険金受取人の項目を選択します。 ・本人・親族 ・その他
②	保険金受取人の氏名（漢字）	※「保険金受取人」で「その他」を選択時のみ表示 各項目につき、入力します。
③	保険金受取人の氏名（カナ）	
④	保険金受取人の郵便番号	
⑤	保険金受取人の住所（渡欧府県・市区町村）	
⑥	保険金受取人の住所（町名番地）	
⑦	保険金受取人の住所（マンション名/部屋番号）	
⑧	保険金受取人の携帯電話番号	
⑨	保険金受取人の自宅電話番号	
⑩	保険金受取口座の選択	
⑪	金融機関名	
⑫	金融機関の支店コード	支店コードを入力します。
⑬	口座種類	該当の種類項目を選択します。 ・普通（総合含む） ・当座 ・貯蓄
⑭	口座番号（7桁の数字）	口座番号を入力します。
⑮	口座名義	全角で口座名義を入力します。空白についても全角としてください。

4 治療状況等の入力

- 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。

治療状況等の入力

1 2 **3** 4 5

事故受付時のおけがの内容について **必須**

事故受付時のおけがの入力情報です。
変更がある場合は、変更ありをチェックして再度入力をしてください。

変更なし 変更あり

治療情報の入力

※治療された医療機関名を正式名称で入力してください。
※医療機関名/電話番号は最大5件まで入力可能です。

治療情報 1 **必須**

医療機関名
※全角のみ

東京海上日動病院

医療機関の電話番号
※半角数字のみ・ハイフンなし

09000000000

医療機関の追加

医師から後遺障害があると指摘されている場合にはその症状

任意

※最大入力文字数200文字・全角のみ

例) 頭部外傷により、脳挫傷を受傷した

※今回のおけがで医師から身体に障害が残ることを指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払いできる場合がございます。詳しくは「後遺障害に関する保険金のご案内」をご確認ください。
<https://skettbook.jp/guidance>
なお、ご入力いただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払いできる可能性があると当社が判断した場合のみ担当者からご連絡致します。

入院の有無 **必須**

入院あり 入院なし

入院の開始日 **必須**

年 月 日

退院日 **必須**

年 月 日

2回以上の入院がある場合には2回目以降の入院期間

任意

※最大入力文字数100文字

入院期間を入力してください

例) 2023年4月1日から4月21日

通院の有無 **必須**

通院あり 通院なし

通院して治療を行った日付 **必須**

※最大入力文字数300文字

入力してください

※入院前に治療を行った場合も入力してください。
例) 23年4月 1,2,3,5,7,9,15,17,20,22,25,29
23年5月 2,3,4,9,15

通院して治療を行った合計日数 **必須**

※半角数字のみ

例) 10

※入院した日数を除いた「通院日数」を入力してください。
※通院された「期間」ではなく、実際に医療機関へ通院された「日数」を入力してください。

ギブス等による固定を必要とした期間 **必須**

あり なし

※ギブス等の例：ギブス、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、副子・シーネ固定
※ギブス等に該当するかわからない場合には、「あり」を選択して固定に関する情報の入力に一旦お進みください。

固定具による固定開始日 **必須**

年 月 日

固定具による固定終了日 **必須**

年 月 日

治療で使用した固定具の選択 (複数回答可) **必須**

ギブス・キャスト ギブスシーネ
 ギブスシャーレ 副子・シーネ・スプリント固定
 創外固定器 PTBキャスト
 PTBブレース 線副子等
 ハローベスト その他

固定期間中、固定具を常時装着 **必須**

はい いいえ
 その他

※「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まれます。
※装着状況について常時かどうかわからない場合には、その他欄に実際の装着状況を入力してください。

固定を要する原因となった受傷部位 (複数回答可) **必須**

脊柱
 次の内のいずれか (上腕骨・橈骨・尺骨・大腸骨・脛骨・腓骨)
 次の内のいずれか (肩関節・ひじ関節・手関節・股関節・膝関節・足関節)
 次の内いずれかの単独骨折 (肩甲骨・鎖骨・手根骨・腸骨・恥骨・産骨・膝蓋骨・距骨・踵骨・足根骨)
 肋骨もしくは胸骨
 顎骨もしくは顎関節 (上下顎を固定)
 その他

固定した部位の受傷形態 (複数回答可) **必須**

骨折 脱臼
 韧带損傷 その他

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

番号	項目名	内容
①	事故受付時のおけがの内容について	事故通知時に申告いただいた内容から変更がある場合は「変更あり」をチェックし、おけがの内容を選択、入力します。
②	医療機関名	治療された医療機関の情報を入力します。
③	医療機関の電話番号	複数の医療機関にかかれた場合は、「医療機関の追加」をタップして入力します。(最大5件)

④	医師から後遺障害があると指摘されている場合にはその症状	今回のおけがで医師から身体に障害が残ることを指摘されている場合、その症状を記載します。
⑤	入院の有無	「入院の有無」を選択します。入院された場合は「入院あり」にチェックし、入院の開始日および退院日を入力してください。 ・入院あり ・入院なし
⑥	通院して治療を行った日付	「通院日」を入力します。
⑦	通院して治療を行った合計日数	入院した日数を除いた「通院日数」を入力します。
⑧	ギプス等による固定を必要とした期間	ギプス等による固定をされた場合は「あり」にチェックし、固定開始日や終了日、使用した固定具について入力・選択します。

5 連絡事項の入力

- ① 以下に該当する場合、「保険会社(東京海上日動)への連絡事項等」に記載します。
 - ・治療を継続される場合にはその旨
 - ・東京海上日動に他の傷害保険契約等がある場合には証券番号
 - ・上記以外で、東京海上日動への連絡事項がある場合にはその内容
- ② 入力が終わったら、「入力情報を確認する」をタップします。

連絡事項

保険会社（東京海上日動）への連絡事項等

任意
※最大入力文字数400文字・全角のみ

以下に該当する場合にはご入力ください。

- ・治療を継続される場合にはその旨
- ・実際の事故日が事故通知時の事故日と異なる場合には正しい事故日
- ・東京海上日動に他の傷害保険契約等がある場合には証券番号
- ・上記以外で、保険会社（東京海上日動）への連絡事項がある場合にはその内容

治療継続中

入力情報を確認する

6 入力情報の確認・完了

- ① 入力内容に誤りがないか確認し、修正が必要な場合は該当項目の「修正」をタップします。
- ② 該当項目を修正します。
- ③ 入力内容に誤りがないことを確認したら、「完了」をタップします。

※学校からの各種証明の到着後にお支払い手続きがされます。内容確認のため保険会社（東京海上日動）から連絡がいく場合があります。

- 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。メール文面は「7.メール一覧」をご確認ください。
※エラーが発生した場合は、画面上文言に沿ってご対応ください。

7 保険金支払い完了通知の確認

ご契約内容にしたがい、保険金をお支払いします。保険金のお支払金額についてはハガキ等でご案内し、保険金をお支払いできない場合は速やかにご連絡します。

※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。また、治療の経過や内容、症状の程度、おけが発生時の状況等について、医療機関等へ確認を行う場合があります