スポーツ安全保険と日本ラグビーフットボール協会お見舞金制度について

スクール行事において、生徒及びコーチ（保険入会者のみ）に怪我が発生した場合、速やかに事務局へ報告お願いします。怪我の状況にもよるが、下記２種の費用補助制度があります。

- **スポーツ安全保険**

  怪我（どのような怪我も含む）で病院へ行った場合、スクール年会費で加入（生徒は全員）しているスポーツ安全保険より保険金請求の手続きが可能。

- **日本ラグビーフットボール協会見舞金制度**

  骨折や脳震盪の重度の怪我の場合、日本ラグビーフットボール協会への申請により、見舞い金請求の手続きが可能。

○ スポーツ安全保険の手続き方法について

スクール活動において怪我（手当などが必要な負傷、打撲や捻挫、骨折、脳震盪）などをした時に保険金請求できます。

1. 事故通知（保険請求用）をスクール HP からダウンロードして記入。
2. 事務局菅原まで提出、菅原が保険会社に申請。
3. 保険会社より傷害者宅へ数日後に保険金請求用紙が郵送。
4. 保険申込者（事務局菅原）が記入、押印箇所があるため、練習日に保険金請求用紙を持参頂き、菅原が記入・押印後に保護者に返却（治療完了前でも記載可能）
5. 病院（整骨院）の通院治療が全て終われば、保険金請求書に必要事項（記入例参照）を記入して、病院の領収書のコピーを添えて同封されている保険会社返送封筒にて郵送。

○ 日本ラグビーフットボール協会お見舞い金制度の手続きについて

骨折や脳震盪など重度の怪我があったときに本協会へお見舞金請求ができます。

1. 事故が発生したとき、速やかに学年チーフコーチ若しくは事務局浦出まで報告。
2. 事故内容が制度適用範囲と考えられる場合、所定の用紙を渡しますので必要事項を記入して事務局浦出まで提出。所定用紙は、「障害報告書１」「障害報告書２」「障害診断書」の３種。
3. 「障害報告書１」「障害報告書２」は事故発生日より３週間以内に提出。
4. 「障害診断書」は事故発生日より６ヶ月以内に提出。
   ※「障害報告書１」の銀行名支店名口座名義人は空欄のまま。

以上

事故通知（保険請求用）　　提出日　　年　　月　　日

怪我をして病院へ行った場合、速やかに提出して下さい。全ての項目に記入がないと受付出来ません。通院期間中は、試合には出場できませんので通院が終了すればチーフコーチに報告して下さい。　その後、身体のケアの為に通院をしたい場合は、保険請求なしで自費で通院して下さい。

提出ルート　　（保護者）→　（チーフコーチ）→（菅原事務局）

フリガナ

学年＿＿＿年＿＿＿＿＿幼児　　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所（マンション名も必ず記入）

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅 TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

いつ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　何時頃＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿頃

何処で（所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

詳細状況　　何をしていて、何が原因で、どの様になったのか記入

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

怪我の部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿（例）骨折・捻挫

医療機関名　　１．＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　２．＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療見込＿＿＿＿＿＿入院　約　日　　通院＿＿＿＿＿約　日

受付番号	

傷害報告書 1
（見舞金請求書）

※太枠内に記入をしてください。

チーム代表者	住所	〒			提出日　西暦　　年　　月　　日	
	フリガナ 氏名	印　TEL			都道府県協会	三支部協会	日本協会
送金先	金融機関		支店名		受付日　　協会	受付日	受付日
	口座名	普通　当座	口座番号				
	口座名義	TEL					

団体登録番号		団体名					
JRFU 共通個人 ID		フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	

傷害内容または傷病名							
傷害発生年月日	西暦　　年　　月　　日			傷害発生時刻	時頃		
傷害発生状況	□ 1. 試合 2. 練習試合 3. 練習 4. その他	受傷時の試合時刻	□ 1. 前半 2. 後半　分頃	受傷機転	□ 1. スクラム 2. タックルして 3. タックルされて 4. ラック 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		□ 1. 公式 2. 非公式			
マウスガード	□ 1. 装着（カスタムメイド） 2. 装着（市販品） 3. 非装着	コンタクトレンズ	□ 1. 装着 2. 非装着	ヘッドギア	□ 1. 装着 2. 非装着		
受傷時のポジション	□ 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 9. スクラムハーフ 10. スタンドオフ 11. 左ウィング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウィング 15. フルバック 16. 未定						
天候	□ 1. 晴れ 2. 曇り 3. 雨 4. 雪	□ 1. 日没前 2. 日没後	グラウンドの状態	□ 1. 芝 2. 土 3. その他	照明	□ 1. 有り 2. 無し	気温　℃ □□□	湿度　% □□□
レフリー	□ 1. 在 2. 不在	資格	□ 1. 有り 2. 無し	氏名		ドクター	□ 1. 在 2. 不在	氏名
傷害時処置	□ 1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 3. 医師 4. その他（　　）	処置の内容					

体重	身長	胸囲	腹囲	頸囲	座高
□□□ kg	□□□ cm	□□□ cm	□□□ cm	□□□ cm	□□□ cm

既往歴	脳振盪	頭蓋内損傷	頸部（蓋）損傷	腹部損傷	四肢骨折	膝関節損傷	日射病	高血圧	心臓疾患	糖尿病
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

審査年月日

西暦　　年　　月　　日　□ 1. 期限切れ

診断結果

① □■□□ □□級　□□□□千円

② □■□□　③ □■□□　□ 予備1　□ 予備2

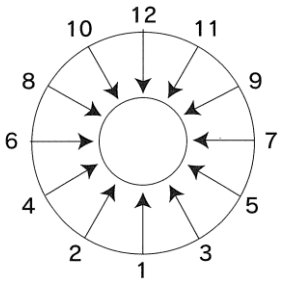
受付番号	

傷害報告書 2

◇受傷機転が、[1. スクラム]の場合は必ず記入してください。

A	受傷したのは		1. 組んだ瞬間　2. 組んだ直後 3. ボールイン時　4. 組んでいる最中	B	ボールの投入		1. 味方ボール　2. 相手ボール
C	組んだ時のタイミング		1. 良い　2. 良くない　3. 悪い	D	スクラムのずれ(コラプシング)		1. 有り　2. 無し
E	持ち上げ(ホッピング)		1. 有り　2. 無し	F	衝　突		1. 本人の頭と相手の頭 2. 本人の頭と相手の肩
G	ボールコントロール		1. できた　2. できなかった	H	押　し		1. 押していた　2. 押されていた 3. 不動
I	ホイール		1. あった　2. なかった	J	スクラムの形態		1. 1対1　2. 3対3　3. 3対5 4. 5対5　5. 5対6　6. 6対6 7. 8対8　8. その他(　　)

◇受傷機転が、[2. タックルして]または[3. タックルされて]の場合は必ず記入してください。

A.受傷したのは		B.タックルしたプレヤーの人数	
	1. タックルに行って　2. タックルを受けて		1. 1人　2. 同時に2人
C.タックルされたプレヤーの状態		**D.タックラーは身体のどの部位でタックルを行ったか**	
	1. 走行中　2. その場　3. 空中		1. 肩　2. 頭　3. 腕　4. 手　5. スマザー　6. その他
E.タックルを受けたプレヤーはどの部位にタックルを受けたのか		**F.タックルを受けた瞬間**	
	1. 膝下部　2. 膝　3. 大腿部　4. 腰部　5. 腹部 6. 背部　7. 胸部　8. 頸部　9. 頭部　10. スマザー		1. ボールを持っていた　2. パスを受けた瞬間 3. パスをした直後
G.タックルを受けたプレヤーの結果			
	1. 後方に倒れた　2. 前方に倒れた　3. 側方に倒れた　4. 倒れず　5. 振り回された　6. 突きとばされた 7. 投げ飛ばされた		
H.タックルに行ったプレヤー、またはタックルされたプレヤーのタックル後の結果			
	1. 頭部が相手の身体の上に乗った　2. 頭部が相手の身体の下になった　3. 相手に当たられとばされた 4. 振り回された　5. 相手を止めただけ　6. 相手に絡まって胴体で倒れた　7. タックルをはずされ地面に倒れた		
I. タックルされる直前のコース			
	1. ↓　2. ↙　3. ↙　4. ↙　5. ↙　6. ↘　7. ↘　8. →　9. ←　10. その他		
J.タックルに入った方向、またはタックルされた方向		**K.タックルに入る瞬間の頭部の高さ**	
	真うしろ  正　面		1. 上がっていた　2. 下がっていた
		L.タックルに入った時の頭部の位置	
			1. 順ヘッド　2. 逆ヘッド　3. 正面

団体名	
傷害者氏名	

（公財）日本ラグビーフットボール協会　御中

傷 害 診 断 書

西暦　　年　　月　審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU 共通個人 ID	チーム名

傷病者氏名	フリガナ	男 女	西暦　　年　　月　　日生　　歳
傷病者住所	〒 TEL　　（　　）		
脳振盪の場合	脳振盪/脳振盪の疑い報告書提出日　　年　　月　　日		復帰証明提出日　　年　　月　　日

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）　西暦　　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	検 査	□ CT　□ MRI　その他の検査＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
6	治 療	□ 保存的治療　□ 手術的治療　（検査・治療ともチェックを入れてください）		
7	手 術 日	（手術治療を行った場合に記入して下さい） 1）　　年　　月　　日　術式 2）　　年　　月　　日　術式		
8	治療内容			
9	既往症・持病又は既存の身体障害	（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） 有 無		

以上の通り証明〔診断〕する。

西暦　　年　　月　　日

病院又は診療所の　所在地　電話番号　名 称　医師氏名　㊞

協会記入欄

見舞金給付表該当項目	等級 ［　　］－　　－（　　）	審査決定年月日 西暦　　年　　月　　日
都道府県協会　受付日 年　　月　　日 協会　㊞	三支部協会　受付日 ㊞	日本協会　受付日 年　　月　　日