

入力する場合、保険加入期間（始期月）は入学年月を選択すること
※留年している卒業/修了年次生は当該年度の4月（9月入学の場合は9月）を選択すること

【学研災】保険請求手続きについて

2. 入力方法について（続き）

⑤けがの発生状況を入力し、画面最下部の「次へ」をタップする。

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記入してください
例) 東京海上日動大学 東京キャンパスのグラウンド内に

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記入してください
「何をしているとき、何が起きて、どのようななったか」がわかるように入力してください

事実確認について

※最大入力文字数50文字・全角のみ
今日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

最新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

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入力すること

【学研災】保険請求手続きについて

2. 入力方法について（続き）

⑥ 負傷者情報を入力し、画面最下部の「入力情報を確認する」をタップする。

負傷者情報の入力

3

おけがをされた方について

姓 必須

※全角のみ

大学

名 必須

※全角のみ

太郎

セイ 必須

※全角カナのみ

ダイガク

メイ 必須

※全角カナのみ

クロウ

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

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

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）欄の書込のご入力不要です。

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

ハイフンなしでご入力ください。

携帯電話番号 必須

※半角数字のみ

09000000000

ハイフンなしでご入力ください。

メールアドレス 必須

※全角のみ

xxx@example.com

メールアドレス 確認用の再入力 必須

※全角のみ

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

今後の主な連絡先でその旨を選択された方や、改題された場合など、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

今後保険会社（東京海上日動）から連絡があるため、入力誤りの無いよう注意すること

学校では加入していないため、入力不要
入力する場合は「無」を選択すること

保険会社（東京海上日動）から書類を送る際、この住所に送られるため、入力誤りの無いよう注意すること

【学研災】保険請求手続きについて

2. 入力方法について（続き）

- ⑦入力内容に誤りが無いか確認し、修正が必要な場合は該当項目の「修正」をタップし、修正する。
- ⑧入力内容に誤りが無いことを確認したら、パズルピースの人間認証を行い、「完了」をタップする。⇒入力内容が保険会社（東京海上日動）に送信される。

- ⑨以下ページが表示されたら受付完了となり、受付完了の自動送信メールが送られる。

入力情報の確認

④

内容を確認して問題なければ、完了ボタンを押してください

特殊記号（例：〇〇、△△、××、●●、▲▲）の入力や全半角の入力誤りがある場合、本画面最下部【完了】ボタン押下後「サーバー通信エラー」が表示されます。該当項目がないか再度ご確認ください。

基本情報の入力

ご報告されている方について

必須

受審者本人以外

修正

セイメイ

ダイガクタロウ

修正

続柄

必須

父

修正

入学年月・保険加入期間について

入学年月

必須

2022/04

修正

保険の加入期間 / 始期月

任意

修正

おけがをした時点の在籍状況

学校所在都道府県

必須

東京都

修正

学校区分

必須

私立

修正

学校名

必須

東京海上日動大学

修正

学校分類

必須

大学

修正

学部名

必須

海外学部

修正

マンション名/部屋番号

任意

修正

電話番号

任意

0300000000

修正

携帯電話番号

必須

09000000000

修正

メールアドレス

必須

xxx@example.com

修正

付帯学統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

修正

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）

修正

フリーコメント

任意

修正

ピースを入れてパズルを完成させてください。パズル画像がわかりにくい場合はパズル右下をタップして別の画像に切り替えて再度お試しください。

完了

完了

⑤

保険金請求の受付完了しました。

ご入力ありがとうございました。
翌営業日以降、保険会社（東京海上日動）よりメールにて今後の手続きに関する詳しい内容についてご連絡させていただきます。

このページを閉じる

＜エラーが発生した場合＞

以下エラー文言に記載の通り、時間をおいて再度入力する。

東京海上日動

エラーが発生しました。お手数をおかけし申し訳ございませんが、時間をおいて再度入力をお願いいたします。

エラーの発生原因と考えられる例

・一部記号（例：・、～）が入力されている。

・フリーコメント欄の文字数制限を超過している。

・半角カナや半角英数字の入力部分に全角で入力している。

・サーバー通信エラーが発生している。

エラーコード：SLA140201

サイトのご利用について | 新設方針 |

個人情報のお取り扱い

次の一歩の方になる。

東京海上グループ

- ⑩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次第、今後の手続きについて保険会社（東京海上日動）からメールが届く。

※受付時の内容について確認の連絡が届く場合があります。

【学研災】保険請求手続きについて

3. 事故証明について

- ① 学生が申告した事故事実を確認するため、担当教職員のForms入力が必要です。
右のQRコードまたは以下URLを担当教職員に共有のうえ、入力するよう案内すること。



【担当教職員入力用FormsURL】 <https://forms.cloud.microsoft/r/MgYbw7AJLp>

- ② 学研災の担当所管にて学生の申告内容と担当教職員のForms入力内容を確認し、問題なければ状況確認完了となります。

※両者間で齟齬等があった際は、学生/担当教職員へ確認の連絡をする場合があります。

4. 診断書について

- ① 保険金請求額が30万円を超える場合：診断書の提出が必要

30万円を超える主な例：

- ・ 治療費用が270日以上
- ・ 医療保険金＋入院日数×4,000円の計が30万円を超えた
- ・ 死亡・後遺症を負った場合

- ② 保険金請求額が30万円以下で後遺症が無い場合：診断書は不要

5. 治療内容の入力（治療報告）

- ① 「SkettBook」トーク画面の「治療報告を行う」をタップする。
- 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る。
- ③ 「同意して利用する」をタップする。

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までお調べいただけませんので、学校担当者又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。

【個人情報の取扱い】
お申込みの個人情報につきましては、保険引換の処理、保険事故への対応（国庫への送達等の事務的処理）や賠償する損害賠償について損害賠償金に相当する金（※）の決定を含みます。保険金の請求および各種商品・サービスの長引・滞り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.skettbook.com）をご覧ください。

2 ☒ 個人情報の取り扱いについて同意する

2 ☒ 利用規約に同意する

3

【学研災】保険請求手続きについて

5. 治療内容の入力（治療報告）続き

- ④基本情報を入力し、画面最下部の「次へ」をタップする。

基本情報の入力

1

基本情報の入力

事故受付番号 **必須**
※半角数字のみ
1234567890

※保険会社（東京海上日動）よりご案内している10桁の事故受付番号をご入力ください。事故受付番号はSketBookにて通知いただいた際に、保険会社（東京海上日動）より送信しているメール（gw***@ca.tmrif.jp）の本文内に記載がございますのでご確認ください。

姓 **必須** 名 **必須**
※全角のみ ※全角のみ
大 太 郎

セイ **必須** メイ **必須**
※全角カナのみ ※全角カナのみ
ダイ ガク タ ロウ

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

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

事故通知した翌営業日以降に保険会社から届くメールに記載されている10桁の番号を入力すること

今後保険会社（東京海上日動）から連絡があるため、入力誤りの無いよう注意すること
※「確認用の再入力」はコピー＆ペーストではなく、入力すること

- ⑤保険金受取情報を入力し、画面最下部の「次へ」をタップする。

保険金受取情報の入力

2

保険金受取人の入力 **必須**

☒ 本人・親族 ☐ その他

保険金受取口座の選択 **必須**

☐ ゆうちょ銀行 ☒ ゆうちょ銀行以外

金融機関名 **必須**
東京海上日動銀行

金融機関コード(4桁の数字) **必須**
※半角数字のみ
1234

金融機関の支店名 **必須**
東海支店

金融機関の支店コード(3桁の数字) **必須**
※半角数字のみ
123

口座種類 **必須**

☒ 普通（総合含む） ☐ 当座
☐ 貯蓄

口座番号（7桁の数字） **必須**
※半角数字のみ
1234567

口座名義 **必須**
※全角漢字カナ・全角空白
ダイ ガク タ ロウ

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

【学研災】保険請求手続きについて

5. 治療内容の入力（治療報告）続き

⑥治療状況等を入力し、画面最下部の「次へ」をタップする。

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) 頸部外傷により、脳挫傷を受けた。

※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://kasetback.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は当社が判断した場合のみ担当員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 2,3,4,9,16

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、実際に治療期間へ通院された「日数」を入力してください。

ギプス等による固定を必要とした期間 必須

☒ あり ☐ なし

※ギプス等の例：ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、副子・シーネ固定

※ギプ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を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

☐ ギプス・キャスト ☐ ギプスシーネ

☐ ギプスシャーレ ☐ 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

※「入院中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まれます。
※最悪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・大頰骨・経骨・肘骨）

☐ 次の内のいずれか（肩関節・ひじ関節・手関節・腕関節・肘関節・肩関節）

☐ 次の内のいずれかの単独骨折（肩甲骨・鎖骨・手根骨・腸骨・肋骨・座骨・膝蓋骨・恥骨・踵骨・足根骨）

☐ 肋骨もしくは胸骨

☐ 頸骨もしくは頸関節（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

☐ 軟部損傷

☐ 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

- ⑦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、入力が終わったら「入力情報を確認する」をタップする。
- ・治療を継続する場合にはその旨
 - ・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

連絡事項

1

2

3

4

5

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修正したい事故日

☐ 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

【学研災】保険請求手続きについて

5. 治療内容の入力（治療報告）続き

- ⑧入力内容に誤りが無いか確認し、修正が必要な場合は該当項目の「修正」をタップし、該当項目を修正する。入力内容に誤りが無いことを確認したら、「完了」をタップする。

入力情報の確認

内容に問題なければ、最下部の「内容を確認して保険金請求をする」ボタンを押してください

基本情報の入力

基本情報の入力

事故受付番号入力 必須

1234567890 修正

姓 必須

大学 修正

名 必須

太郎 修正

セイ 必須

ダイバク 修正

メイ 必須

タロウ 修正

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 修正

固定期間中、固定具を常時装着 必須

はい 修正

固定を要する原因となった受傷部位（複数回答可）

必須

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） 修正

固定した部位の受傷形態（複数回答可） 必須

軽等損傷 修正

保険会社（東京海上日動）への連絡事項等

治療継続中 修正

完了

- ⑨以下ページが表示されたら受付完了となり、受付完了の自動送信メールが送られる。

※エラーが発生した場合は、画面上文言に沿って対応すること。

東京海上日動

完了

治療状況申告の入力が完了しました。

学校からの各種証書の到着後に手続きを進めてまいります。

内容確認のためご連絡させていただく場合もございますのでご了承ください。

お支払い手続き終了後、お支払い内容についてハガキにてご案内いたします。

このページを閉じる

- ⑩契約内容に従い、保険金が支払われる。

（金額についてはハガキ等で案内が届く。）

※保険金の支払い不可の場合は連絡が届く。

！

受付時の内容において不明点等があった場合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、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。