

神戸市PTA総合補償制度のしおり

神戸市PTA安全教育振興会

1. PTA総合補償制度について

神戸市PTA協議会では、従来、神戸市PTA総合保険として、保険会社と特約し、PTA活動中の会員ならびに園児、児童、生徒の傷害に備えた保険を実施してきました。

ところが、加入者より、見舞金制度の拡充など総合保険の見直しの要望があり、そのため神戸市PTA協議会では、平成2年度より、他府県他都市PTA協議会のPTA総合保険の状況、調査、神戸市教育委員会や保険会社との研究協議を積み重ねました結果、平成5年度に、PTA会員によるPTA会員のための保険をめざし、神戸市PTA安全教育振興会（以下本会と言います）が発足しました。

本会が運営しておりますPTA総合補償制度の内容は、この手引きの「2. 本総合補償制度の内容」に記載の通りですが、PTA活動の安全を根底にしながら、万一、災害事故にあった場合、従来よりも見舞金制度の質量両面での拡充をはかったものであります。

この運営にあたりましては、神戸市教育委員会、神戸市立校舎長会、神戸市PTA協議会、保険会社各位のご指導ならびにご協力をいただいております。特に、管理者賠償責任保険等については保険会社に受託して頂いております。

学校外活動の重要性が増し、PTA活動がますます活発化されるであろう状況の中で、その活動を側面から支援するため、このPTA総合補償制度は更に拡充する事が求められております。なお平成7年度に会則改正案が出され改正の運びとなりました。平成10年度以降どこにも請求できない災害が発生し、PTAの総合補償制度のよりよい活用ができないものかと相談も出てくるようになり、最近の社会状況に対応出来るよう、再度見直しされ、明解な会則及び規定、すみやかな運営ができるよう平成13年度に改正されました。しかし、平成18年4月に「改正保険業法」が施行され、今までの任意の共済給付金制度は平成19年度限りとなり、平成20年6月以降は、新たな「見舞金制度」に移行し、見舞金の上限が10万円となったことにより、負担金の見直しの要望があり、平成25年度から負担金の減額をすることになりました。PTA活動を行う上での有効な手段として、ご利用いただき神戸市PTA安全教育振興会にご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

2. 本総合補償制度の内容

次のような事故がお支払いの対象となります。

(1) PTA加入者および園児、児童、生徒の災害事故

PTA加入者（「みなし加入者」を含みます。）、園児、児童、生徒がPTA主催もしくは共催の行事に参加中（自宅と集合もしくは解散場所の通常の経路の往復途上を含む。）被った災害や死亡事故に対する見舞金等をお支払いしています。

但し、独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付、および神戸市学校園安全互助会災害給付制度の対象となる場合を除きます。

注1 PTA加入者が園児、児童、生徒の両親でない場合は、PTA加入者名簿に記載された者とします。

注2 PTAが主催もしくは共催する行事とは日本国内において行われる行事で、PTAが企画立案し、PTA会則に基づく手続きを経て主催もしくは共催が決定されたものなどをいいます（例－PTA総会、運営委員会、役員会、常任委員会、研究会、授業参観、運動会、学校奉仕活動、スポーツ活動、校外補導活動等）。

注3 「みなし加入者」とは、園児・児童・生徒の祖父母などで、父母の代わりにPTA活動を行ったものを言います。また、加入者・「みなし加入者」（祖父母など）が就園前の乳幼児をともなってPTA活動を行った場合、この乳幼児も準加入者の中に含まれます。

(2) 単位PTAの賠償事故について

単位PTAの管理下において、管理上の過失により次の法律上の損害賠償責任を負担した場合に被る損害に

ついて補償されます。

- ① P T Aが主催・共催して諸行事を行う場合に、管理上のミスによってP T A加入者や他人の身体・財物に損害を与えた場合

(P T A活動補償)

- ② P T Aが他人からスポーツ用具その他の財物を借りて諸行事を主催している間にその用具などを壊したり、紛失したり盗まれたりした場合

(保管物補償)

3. お支払いする見舞金の額 (上限10万円)

- (1) P T A加入者 (みなし加入者を含む。)、および園児、児童、生徒の災害事故の場合

- 死亡された場合 (死亡弔慰金)

事故の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合は10万円をお支払いします。

- 入院の場合 (医療見舞金)

ケガをし、そのケガがもとで入院された場合、入院日数 1 日につき5,000円を事故の日からその日を含めて180日以内としてお支払いします。

- 通院の場合

ケガをしそのケガがもとで通院された場合、事故の日からその日を含めて180日以内の通院の日数に対して、(A)または(B)により算出した金額のうち高い額をお支払いします。

(A) 通院 1 日につき3,000円

(B) 通院期間×500円

(注) 入院通院を併せても180日以内とします。

- 歯の欠損

前歯 (永久歯) 2 本まで5万円限度

3 本以上10万円限度

- 眼鏡・補聴器等の損傷

損傷の補助として3万円を限度としてお支払いします。

- 交通事故

1) 交通事故とは他の乗用具に接触及び交通乗用部に搭乗中により負傷した場合。

- 特例見舞金

役員会の決議により、限度額10万円までをお支払いします。

1) 特例見舞金

2) 教師の公務中における事故につき、加害者に請求できない場合。

4. 補償期間

6月1日より1年間です。

5. 加入手続き

- (1) 加入手続

- ① 単位P T Aの一括加入とします。

- ② 各単位P T AはP T A加入者名簿により、各P T A加入者世帯数を算出し、「加入申込書」3通 (様式運営細則1) に記入し、本会事務局に、負担金合計金額と共に提出してください。本会は、審査のうえ単位P T Aにたいし、加入手続きが完了した旨の証明をいたします。(提出された3通のうち1通に加入の旨の証明をなし申込者に交付し1通を本会に、1通を損害保険会社に保存します。)

③ 会費

単位PTA毎に、年間一括で支払いです。(PTA加入者一世帯あたりの金額については、毎年9月の理事会に於いて決定します。途中加入でも一年分=月割りなしです。)

④ 振込送金の場合は本会所定の振込用紙を使用してください。(振込手数料は振興会負担)

⑤ 異動

(A) 期間途中での転入・転出等の異動があった場合は各単位PTA備え付けの加入者名簿を修正のうえ、保管してください。

(B) 転出入の場合においては、転出入先学校、園が本総合補償制度に加入している場合は自動的に継続されますが、そうでない場合は資格を喪失します。

6. 見舞金の請求手続

(1) 災害事故の場合

① 事故が発生しましたら、速やかに、事故発生通知書(様式1)と証明書(様式2)[※]を本会に提出ください。

尚、見舞金は、後日、治癒されてから、次の記載のとおりに請求してください。

※ 神戸市PTA総合補償制度(様式2)

所属PTA会長名による証明書を提出下さい。(入院・通院・眼鏡・補聴器等歯牙の欠損・後遺障害・死亡の災害給付請求の時、必要です。)園児・児童・生徒・教師の場合は「在学(園)・在籍証明書」欄に、PTA加入者の場合は「PTA加入者証明書」欄に記入ください。

② 見舞金請求に必要な書類

(イ) (入院・通院・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損)

見舞金請求書(様式3)に必要な事項を記入のうえ、単位PTAの振込先を指定し、本会に提出してください。

(ロ) 医師の点数表

治療を受けた病院・医院の診療報酬点数表が必要です。入院・通院申告書(様式4)と診療報酬点数表(コピー可)を提出ください。ご不明な点をご相談ください。

死亡の場合

・上記(様式2)、(様式3)の書類のほか、死亡診断書(または死体検案書)および除籍された謄本・住民票・印鑑証明を提出ください。

7. お支払いするPTA団体傷害保険・PTA賠償責任保険の給付額

(1) 死亡された場合(死亡弔慰金)

○事故の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合は100万円をお支払いします。

(2) 後遺障害の場合(後遺障害見舞金)

○事故の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じたときはその程度に応じて100万円の4%ないし100%の所定の割合の額を給付します。

(3) 単位PTA管理下行事の管理責任による賠償事故の場合

PTA活動にともなう賠償責任

○身体障害1名3億円 免責1事故1,000円 1事故10億円

○財物損壊1事故3,000万円 免責額は1事故1,000円

○保管物に対する賠償補償1名につき10万円 保険期間中500万円 免責金額1事故5,000円

被害者にも過失がある場合、過失相殺が適用されることがありますからご注意ください。

(お支払いできない場合)

故意、自殺、犯罪、闘争行為、無免許運転中の事故、脳疾患、疾病、心神喪失、地震、噴火、津波、戦争、そ

他の変乱、原子核反応、他覚症状のない頸部症候群（鞭打ち症）、腰痛など
（お支払いが得られない主な場合）

暴動、変乱、労働争議、地震、噴火、洪水、津波等に起因する賠償責任

施設の修理、改造等の工事に起因する賠償責任

自動車の所有、使用、管理に起因する賠償責任

被保険者の占有を離れた物（飲食物を含む）に起因する賠償責任（食中毒など）

使用した物自体のキズ、欠陥もしくは自然損耗もしくは性質による破損に起因する賠償責任

P T A活動の終了後のP T A活動以外の活動に起因する賠償責任

8. 保険金の請求手続

災害時事故の場合

(1) 事故（後遺障害・死亡）が発生しましたら速やかに、事故発生通知書（様式1）・証明書（様式2）を本会へ提出ください。本会より、損害保険株式会社へ送付します。保険会社から書類が送られてきますので指示に従ってご請求ください。

(2) 死亡の場合、死亡診断書（または死体検案書）および除籍された謄本・住民票・印鑑証明が必要です。

賠償事故の場合

(1) 事故の通知

事故が発生しましたら速やかに、事故発生通知書（様式1）と証明書（様式2）を本会に提出ください。本会より、損害保険株式会社へ送付します。保険会社から書類が送られてきますので指示に従ってご請求ください。

(2) 示談解決

具体的な賠償金額の決定に当たっては複雑な問題もありますので、示談解決の前に保険会社と十分な打ち合わせを行い指示に従ってください。

(3) 被害者の損害額を立証するための書類

被害者側の損害額を立証するための書類とは、たとえば、診断書、治療費明細書、休業損害証明書などですが詳しくは保険会社の指示に従ってください。

(4) その他の書類

上記書類以外にも書類のお願いをすることがありますのでご了承ください。（例えば、第三者から借用した保管物の盗難事故の場合には警察署への盗難届出証明書、交通事故の場合には交通事故証明書等）

(5) 見舞給付金・保険金請求書の提出先

神戸市P T A安全教育振興会

〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1丁目3-2

神戸市総合教育センター内 神戸市P T A協議会 気付

9. お問い合わせ先

本補償制度に関する質問・要望・相談等がありましたら下記にお願いします。

神戸市P T A安全教育振興会

〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1丁目3-2

神戸市総合教育センター内 神戸市P T A協議会 気付

電話・FAX 078-360-3455

または、

三井住友海上火災保険株式会社 神戸支店 神戸第二支社

〒650-0023 神戸市中央区栄町1-1-18

電話 078-331-8517 FAX 078-331-8548

見舞金・保険金請求必要書類一覧表

必要書類	事故内容	災害給付			賠償責任		備考	様式
		入院・通院	後遺障害	死亡	身体	財物		
事故発生通知書		○	○	○	○	○	PTA会長名で、事故後速やかに提出してください。	1
神戸市PTA総合補償制度証明書		○	○	○			PTA加入者かどうかにより左右の欄を選択ください。	2
見舞金請求書 (入院・通院)(眼鏡・補聴器等歯牙の欠損)		○					被害者が未成年の場合は親権者が請求してください。	3
入院・通院申告書		○			○		申告書に診療報酬点数表(コピー可)を添付してください。	4
災害給付金請求書 (後遺障害・死亡)			○	○			被害者が未成年の場合は親権者が請求してください。本書の提出があると、本会から保険会社に連絡します。	6
後遺障害診断書			○					7
死亡診断書(死体検案書)				○				
住民票			○	○				
戸籍謄本				○			死亡の事実の記載のあるものを提出してください。	
印鑑証明			○	○				
賠償責任保険請求書					○	○	PTA会長の署名押印のあること。	8
示談書					○	○	示談成立前に三井住友海上火災保険株式会社の指示に従ってください。	
損害額立証関係書類					○	○	どのようなものが適切か三井住友海上火災保険株式会社に御相談ください。	

神戸市PTA総合補償制度事故発生通知書

年 月 日

所属PTA名 _____ 電話番号 () _____

加入者名 _____ 印 _____

加入者住所 _____ 電話番号 () _____

事故日 _____ 年 月 日 () _____

行事名 _____ 事故場所 _____

事故状況 (事故の発生原因、状況、結果など、なるべく詳しくご記入ください)

傷害見舞金 (入・通院)・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損 (該当項目を○でかこんでください)

上記の通り傷害見舞金 (入・通院)・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損の事故が発生しましたので報告します。
神戸市PTA安全教育振興会が治療した医療機関に対し、私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することに同意します。

神戸市PTA安全教育振興会 宛〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1丁目3-2
神戸市総合教育センター内
電話番号 (078) 360-3455**賠償責任保険**

賠償責任保険の事故が発生しましたので報告します。

三井住友海上火災保険株式会社 宛

神戸支店 神戸第二支社

〒650-0023 神戸市中央区栄町1-1-18
電話番号 (078) 331-8517

物損事故の場合 被害物件	
身体事故の場合 被害者の傷害程度	
被害者 (相手の方) 名 前 住 所 電話番号	
届出警察署名	警察署/派出所/担当官

※注意事項

1. 傷害保険・眼鏡等、歯牙の欠損・賠償責任保険のいずれであっても上記の所属PTA名、加入者名、加入者住所、事故日、事故場所、事故状況は必ずご記入ください。
2. 傷害保険・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損は神戸市PTA安全教育振興会が担当し、賠償責任保険は三井住友海上火災保険株式会社が担当しますが、いずれの場合でもこの事故発生通知書は、神戸市PTA安全教育振興会にて、ご送付ください。

(様式2)

〔在学(園)在籍加入者〕の証明書

在学(園)在籍証明書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

下記の者は 生徒として在学
教師として在籍 していることを証明します。

名前	年令 才
----	---------

年 月 日

学校名 _____

校長名 _____ 印

PTA加入者証明書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

下記の者は当PTAの加入者であることを証明します。

名前	年令 才
----	---------

年 月 日

PTA名 _____ TEL () _____

会長名 _____ 印

(様式3)

見舞金請求書

(入院・通院) 眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損

神戸市PTA安全教育振興会 宛

PTA名

(フリガナ)

請求者名 (会長)

会長印

下記の災害について、事実と相違ないことを確認したので会則並びに見舞金規定により
請求します。

行 事 名	
被 災 者	名 前 年 令 才 加入者名 加 入 者 と の 続 柄 ()
発 生 年 月 日	
発 生 場 所	
事 故 原 因	
請 求 内 容	1. 医療見舞金 2. その他 ()
見舞金振込先	銀行・信用金庫・農業協同組合 支店・支所 単位PTA口座番号 (フリガナ) 単位PTA口座名義

(委任条項)

上記事故に関し、PTA会長に見舞金請求および受領に関する一切の件を委任します。

被災者

住所

名前

印

(未成年のときは親権者)

住所

名前

印

(様式4)

入院・通院申告書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

※診療報酬点数表（コピー可）は裏面に添付ください。

負傷者名		男・女																															
おケガをされた体の部位	頭部・顔面・頸部・腕・手・脚・足・その他（くび）																																
おケガの状態	打撲・捻挫・骨折・切り傷・すり傷・その他（ ）																																
入・通院期間	入院治療	日間				通院治療	日間				うち実際に通院した日数（日）																						
	自	年	月	日	自	年	月	日	至	年	月	日																					
実際に通院治療した日（○印をつけてください）						実際に通院治療した日（○印をつけてください）																											
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%; border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px;"></div> <div style="width: 55%;"> <p>病院名 _____</p> <p style="text-align: right;">(外・整形外・)科</p> <p>担当医師名 _____ 先生</p> <p>電話番号 () _____</p> </div> </div>																																	

上記事実と相違ないことを確認し、申告いたします。

年 月 日

見舞金請求者

(ただし、ケガされた方が未成年者の場合は親権者)

住所 _____

名前 _____ 印