

2024年度

「トライやる・ウィーク」実施における
総合補償制度のご案内

本紙は兵庫県学校厚生会・関係法人公式サイト「スマイルポート」トップページの
“学校行事に関する保険”に掲載していますので、ダウンロードし活用してください。



兵庫県学校厚生会・関係法人公式サイト
SMILE PORT

<https://www.kouseikai.or.jp>

トライやる・ウィーク推進協議会
＜事務代行（一財）兵庫県学校厚生会＞

「トライやる・ウィーク」実施における総合補償制度のご案内

補 償 の 概 要

この補償制度は、「トライやる・ウィーク」に参加されるすべての方（ボランティア含む）が補償の対象となり、活動中に

- ① 第三者の身体または財物に損害を与えた場合の『賠償責任補償』
- ② 『見舞金制度』（「身体障害見舞金」および「財物損壊見舞金」）がセットになっています。

① 賠償責任補償

「トライやる・ウィーク」に参加中に、第三者の身体・財物に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負担することにより被る損害に対して、保険金をお支払いします。

「トライやる・ウィーク」に参加されている当人同士の事故に伴う損害賠償責任も含まれます。

保険金をお支払いする具体的な事故例（主なもの）

具体的な事故例

- ◆ 野外活動中に、ボランティアの方の指導ミスにより、生徒が機材の下敷きになり大ケガをしたため、生徒の保護者がボランティアの方を訴えたとき。
- ◆ 生徒が老人施設で活動中、介助中、誤って病人・老人等にケガを負わせたとき。
- ◆ 施設で活動中、生徒が誤って施設の事務機械を壊してしまったとき。
- ◆ 酪農家で活動中、施設内で生徒の不注意により牛を死亡させたため、ボランティアよりその生徒の保護者が責任を問われ、損害賠償請求されたとき。
- ◆ 活動場所であるボランティアが、生徒に暴言をはき名誉毀損で訴えられたとき。
- ◆ 活動場所である施設設置の機械が過熱しており、生徒がふれて火傷を負ったため生徒の保護者がボランティアを訴えたとき。
- ◆ 活動場所である施設へ行く途中で、生徒同士がふざけており一人が駅のホームから転落して大ケガを負い、それによりケガをさせられた生徒の保護者がケガをさせた生徒の保護者を訴えたとき。
- ◆ ボランティアの方が打合せ中に誤って他人の施設の備品を壊してしまったとき。
- ◆ ボランティアの方が、学校より活動場所に自転車で向かう途中、路地から車道に飛び出したため、直進して来たバイクが自転車を避けようとして転倒し、バイクの運転者が死亡したため遺族より損害賠償請求されたとき。

お支払いする保険金

(1) 損害賠償金

(治療費・入院費・休業補償費・修理費・慰謝料(身体賠償のみ)など、ただし、人格権侵害については、100万円が限度です。)

(2) 弁護士への報酬や訴訟の費用

(3) 応急手当、緊急措置に要した費用

保険金をお支払いできない主な場合

(1) 故意による事故

(2) 自動車、航空機、施設外による船による事故

(ただし、傷害については見舞金制度で補償されます。)

(3) 同居の親族に対する事故

(4) 地震、噴火、洪水、地震もしくは噴火による津波等の天災による事故

(5) 本人が持参した食事(弁当等)で本人自身が食中毒になった場合

(6) 借り物、預り物等、生徒等が所有、使用、管理する財物の損壊事故

ただし、「トライやる・ウィーク」の受け入れ先が所有、使用、管理する財物は補償対象になります。

② 見舞金制度（「身体障害見舞金」および「財物損壊見舞金」）

1 身体障害見舞金

「トライやる・ウィーク」に参加されるすべての方が、①偶然な外来の事故によりケガをされたり、死亡をされたり、②かぶれ等の接触性皮膚炎もしくは③細菌性食中毒およびウイルス性食中毒を発病した場合に、「トライやる・ウィーク」に関する見舞金支給規程」に従い、「身体障害見舞金」をお支払いします。

また、自宅と活動参加のために集合する所定の場所との間を合理的な経路および方法により往復する間に生じたケガ等も対象としています。

※2020年度より、熱中症についても補償されます。

2 財物損壊見舞金（賠償責任補償に上乗せしてお支払い）

ボランティアの方で「トライやる・ウィーク」のために、自己が所有、使用もしくは管理する建物・動産を提供した場合において、「トライやる・ウィーク」に起因して建物・動産が損壊（損害額が5万円を超過）した場合に、「トライやる・ウィーク活動に関する見舞金支給規程」に従い、「財物損壊見舞金」をお支払いします。

見舞金をお支払いする具体的な事故例（主なもの）

具体的な事故例

- ◆ 「トライやる・ウィーク」に参加中、事故により不幸にして死亡されたとき
- ◆ 活動中に、階段で足を踏み外してケガをされたとき
- ◆ 活動中に、車にはねられてケガをされたとき
- ◆ 活動中に、機械操作を誤り、火傷を負ったとき
- ◆ 草抜き作業中に、手にかぶれが発生したとき
- ◆ 活動中に、水分が補給できず、熱中症で倒れたとき

お支払いする見舞金

1 身体障害見舞金

（1） 死亡見舞金

傷害を被った日、もしくは疾病を発病した日からその日を含めて180日以内に、その直接の結果として、死亡されたときは、死亡見舞金をお支払いします。

（2） 後遺障害見舞金

傷害を被った日、もしくは疾病を発病した日からその日を含めて180日以内に、その直接の結果として、後遺障害が生じたときは、その程度に応じて、後遺障害見舞金をお支払いします。

(3) 入院見舞金

ケガ等による入院（入院に準じた状態を含みます）の日数（事故の日からその日を含めて180日を限度とします）に応じて、入院見舞金をお支払いします。

(4) 手術見舞金

入院見舞金が支払われる場合、その治療のために所定の手術を受けたときは、手術の種類に応じて手術見舞金をお支払いします。

(5) 通院見舞金

事故の日からその日を含めて180日以内のケガ等による通院（往診を含みます）の日数（90日を限度とします）に応じて、通院見舞金をお支払いします。ただし、平常の業務または生活に支障がない程度に治ったとき以降の通院に対してはお支払いできません。

<ご注意>

- ・身体障害見舞金は、健康保険・生命保険などとは関係なくお支払いします。
- ・身体障害見舞金の対象となる治療は、医師法に定める医師のみとします。

2 財物損壊見舞金

ボランティアが所有、使用もしくは管理する建物・動産を「トライやる・ウィーク」のために提供された場合、当該建物・動産が「トライやる・ウィーク」に起因して、損壊（損害額が5万円を超過）した場合に、賠償補償金とは別に「財物損壊見舞金（定額1万円）」をお支払いします。

見舞金をお支払いできない主な場合

- (1) 故意によるケガ、または自殺行為や犯罪行為によるケガ
- (2) 頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）または腰痛で他覚症状のないもの
- (3) 戦争・暴動によるケガ
- (4) はり・灸による治療
- (5) 疾病に起因するもの（接触性皮膚炎、細菌性食中毒およびウイルス性食中毒は除きます）
- (6) 地震、噴火またはこれらによる津波によるケガ
- (7) 食あたり、下痢（細菌性食中毒、ウイルス性食中毒によるものは除きます） など

③ 補償 (保険) 金額と保険料について

補 償 金 額

補 償 内 容				
見 舞 金 制 度	ボランティア	死亡・後遺障害見舞金※	1,700 万円	
		入院見舞金 (180 日限度)	(1～3 日)	10,000 円
			(4～6 日)	32,000 円
			(7～10 日)	54,000 円
			(11～20 日)	88,000 円
			(21 日以上 10 日につき)	34,000 円加算
	手術見舞金 (入院後)	種類に応じて 7 万、14 万、28 万円		
	通院見舞金 (90 日限度)	(1～3 日)	7,000 円	
		(4～6 日)	22,000 円	
		(7～10 日)	37,000 円	
(11～20 日)		60,000 円		
(21 日以上 10 日につき)		23,000 円加算		
財物損壊見舞金	(損害額 5 万円超の場合)	10,000 円		
生 徒	死亡・後遺障害見舞金※	1,000 万円		
	入院見舞金 (180 日限度)	(1～3 日)	8,000 円	
		(4～6 日)	25,000 円	
		(7～10 日)	42,000 円	
		(11～20 日)	67,000 円	
		(21 日以上 10 日につき)	25,000 円加算	
手術見舞金 (入院後)	種類に応じて 5 万、10 万、20 万円			
通院見舞金 (90 日限度)	(1～3 日)	5,000 円		
	(4～6 日)	15,000 円		
	(7～10 日)	25,000 円		
	(11～20 日)	40,000 円		
	(21 日以上 10 日につき)	15,000 円加算		
賠償補償	補償限度額 (対人・対物共通)	3 億円		

※※後遺症障害見舞金は後遺障害の状態により、所定の割合にてお支払いいたします。
(注) 人格権侵害については、1 名につき 100 万円が限度です。

保 険 料

- (1) 生 徒 ……トライやる・ウィークに参加した生徒数
 (2) ボランティア ……トライやる・ウィーク期間中の 1 日あたり平均活動人数

1 名につき 520 円

手続き方法と保険料支払いについて

「トライやる・ウィーク」の実施までに

実施日程が決定次第、別紙<1>「暫定用申込書」に、実施予定日・在籍生徒数等をご記入・公印押印後、必ず原本をご提出ください。

暫定保険料の支払いは、日程が決定次第、実施までにご送金ください。

「トライやる・ウィーク」の実施後

実施後、参加生徒数、1日平均ボランティア数をもとに、別紙<2>「確定精算用申込書」を作成し、公印押印後、必ず原本をご提出ください。

確定精算保険料の支払いは、終了後実施終了日の翌月 20 日までにご送金ください。

(例：2024年5月20日～5月24日の5日間実施の場合は、6月20日までにご送金ください)

お振込み口座

三井住友銀行	神戸営業部 (普通預金)
口座番号	8619623
口座名義	トライやる・ウィーク補償事務局

※ 保険料の振込手数料は学校側でご負担ください。

※ お振込みの際は下記名義にてお願いいたします。

振込人名義 (例) ○○市立○○中学校

別紙<1><2>送付先

トライやる・ウィーク推進協議会 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会)
〒650-0012
神戸市中央区北長狭通4丁目7番34号

お問い合わせ先

トライやる・ウィーク推進協議会 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会)
電 話 078-331-9317 (直通)
FAX 078-331-9910

④ 事故が起きたら

ただちに、下記教育委員会窓口までご連絡の上、別紙<3>の「『トライやる・ウィーク』活動参加者事故発生報告書」を作成し、トライやる・ウィーク推進協議会（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会）宛てご送付ください。

受付後、所属所宛てに請求書等をお送りします。

【注】

- ◎本人の事故に対する「身体障害見舞金」の対象となる治療日数は、平常の生活や仕事にさしつかえない程度に治った日（事故の日から180日が限度）までの実治療日数で、入院は180日、通院は90日が限度となります。
- ◎身体障害見舞金は、健康保険・生命保険などとは関係なくお支払いします。
- ◎身体障害見舞金の対象となる治療は、医師法に定める医師のみとします。
- ◎賠償事故については、速やかに「トライやる・ウィーク補償事務局」へご相談ください。

手続きに係るお問い合わせ及び事故に係る連絡先

神戸市教育委員会
兵庫県教育委員会〔各教育事務所 教育振興課（教育振興室）〕

トライやる・ウィーク推進協議会（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会）

トライやる・ウィーク補償事務局

〒650-0012 神戸市中央区北長狭通4丁目7番34号

電 話 078-331-9317（直通）

F A X 078-331-9910

年 月 日

トライやる・ウィーク推進協議会
 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会) 行

_____年度 トライやる・ウィーク参加予定者は、下記のとおりです。

所属所番号 _____

_____中学校 校長 _____ 公印

担当者 _____

トライやる・ウィーク実施予定日 _____月 _____日 ~ 5日間

在籍生徒数
名



暫定保険料

× 5 2 0 円 = _____ 円

振込予定日
月 日

お振込み口座

三井住友銀行 神戸営業部 (普通預金)
 口座番号 8 6 1 9 6 2 3
 口座名義 トライやる・ウィーク補償事務局

※ 保険料の振込手数料は学校側でご負担ください。

※ お振込みの際は下記名義にてお願いいたします。

振込人名義 (例) ○○市立○○中学校

※ 暫定用申込書は必ず原本を提出ください。(FAX不可)

実際の申込み業務に係る連絡先

トライやる・ウィーク推進協議会 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会)
 トライやる・ウィーク補償事務局
 〒650-0012 神戸市中央区北長狭通4丁目7番34号
 電話 078-331-9317 (直通)
 FAX 078-331-9910

年 月 日

トライやる・ウィーク推進協議会
 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会) 行

年 月 日 ~ 5日間実施したトライやる・ウィーク参加者は、下記のとおりです。

所属所番号 _____

_____ 中学校 校 長 _____ 公印

担当者 _____

参加生徒数	1日平均ボランティア(※)
名	名

(※) 1日平均ボランティアの計算方法

【延べ参加ボランティア数/実施日数(5日間)】
を切り上げ

合計
名

確定保険料

円

× 5 2 0 円 =

確定保険料
円

— 暫定保険料

円

= 確定精算金

円

振込予定日

月 日

↑
確定精算時のお振込金額

お振込み口座

三井住友銀行

神戸営業部 (普通預金)

口座番号

8 6 1 9 6 2 3

口座名義

トライやる・ウィーク補償事務局

※ 保険料の振込手数料は学校側でご負担ください。

※ お振込みの際は下記名義にてお願いいたします。

振込人名義 (例) ○○市立○○中学校

※ 確定精算用申込書は必ず原本を提出ください。(FAX不可)

実際の申込み業務に係る連絡先

トライやる・ウィーク推進協議会 (事務代行：(一財)兵庫県学校厚生会)

トライやる・ウィーク補償事務局

〒650-0012 神戸市中央区北長狭通4丁目7番34号

電 話 078-331-9317 (直通)

FAX 078-331-9910

『トライやる・ウィーク』活動参加者事故発生報告書

事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃
事故発生場所	
事故状況	1 誰が 2 何をして 3 何が 4 どんな原因で 5 どうなったか
ケガ等をした人	住所 (TEL)
	お名前 (才) 男・女
	参加区分 生徒・ボランティア
	治療病院名 (TEL) 程度
	入通院見込 (入院 日) (通院 日)
壊れた物	物品名 損害の程度
	所有者名 () 生徒・ボランティア・その他
	壊した者 () 生徒・ボランティア
本件に関する 問い合わせ先	所属所 _____ 中学校
	住所 〒 _____
	連絡先 (TEL) _____ 担当者名 _____

上記事故は、『トライやる・ウィーク』参加者が、その活動中に生じた事故であることを証明します。

年 月 日

所属所番号 _____ 中学校 校長 _____ 公印