

## 会員お見舞い制度

平成29年4月1日

(財)日本卓球協会

本会は、本会登録会員が、国内で開催される本会又は加盟団体あるいはその傘下の団体が主催または主管する公式行事(大会, 研修会など)に参加中に傷害が発生した場合に、見舞金を支払う。

### 1. 対象とする期間

- イ. 居住地または宿泊場所から出て、通常のルートを経て行事会場に至る区間で発生した傷害
- ロ. 行事開催中に発生した傷害
- ハ. 行事会場から居住地または宿泊場所に至る帰路で発生した傷害
- ニ. 宿泊を伴う行事の場合、居住地から宿泊場所に至る区間で発生した傷害

### 2. 見舞金の額(診断書補助金込み)

- ・本会が主催または主管する行事
- ・加盟団体またはその傘下団体が主催または主管する行事
  - イ. 死亡(事故発生30日以内) …………… 100, 000円
  - ロ. 入院治療 …………… 60, 000円 以下
  - ハ. 通院治療 …………… 20, 000円 以下

### 3. 申請方法

各都道府県卓球協会(連盟)は、本制度の対象となる傷害が発生した場合、発生後30日以内に別紙「見舞金申請書(事故報告書)」及び「診断書」に必要事項を記入し、本会事務局まで提出をする。

### 4. 支払い方法

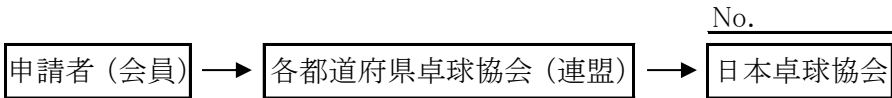
本会は、申請を受け次第、遅滞なく規定の見舞金を、各都道府県卓球協会(連盟)を通じて、本人に支払う。

5. 本会は、本お見舞い制度を実施するにあたり、当該年度会費収入の0.5%程度の予算計上を行う。

6. 本制度は、平成10年4月1日より実施する。

本制度は、平成16年12月18日に改定し、平成17年4月1日より実施する。

本制度は、平成22年6月19日に改定し、平成22年7月1日より実施する。



## 見舞金申請書 (事故報告書)

公益財団法人 日本卓球協会 御中

平成 年 月 日 (記入日)

下記のとおり別紙診断書(または医療機関所定の診断書)を添えて申請いたします。

受 傷 者	氏 名 生年月日 : 明治,大正,昭和,平成 年 月 日生 現住所 〒 -  電話番号 所属チーム名
受 傷 日	年 月 日 午前・午後 時頃
参 加 行 事	名称 行事期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 場所
医 療 機 関 名	

※ 事故発生の際はすみやかにご通知下さい。事故の日より30日以内に申請(報告)がない場合には、見舞金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

————— 以下, 各都道府県卓球協会(連盟) 記入欄 —————

都 道 府 県 名	責 任 者 名	連 絡 先
	印	TEL

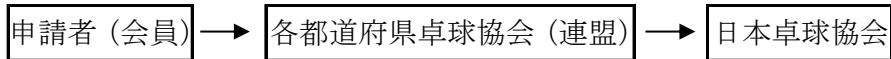
————— 以下, 日本卓球協会 記入欄 —————

日卓協受付日	支払金額	支 払 日	担当者印	責任者印

## 診断書（医療機関利用証明書）

受 傷 者	氏 名 _____ 生年月日：M,T,S,H 年 月 日生
傷害発生日	平成 年 月 日 午前・午後 時頃 事故場所： _____ 都/道/府/県 _____ 市・区
傷 害 名	_____
傷害の原因	_____
治療状況	初 診 日 _____ 年 月 日 ~
	入院開始日 _____ 年 月 日 ~
前 医 又は紹介医	医 師 名： _____ 医療機関名： _____
受傷から初診までの経過  初診時の所見及び経過（医療内容・経過等）  _____	
上記のとおり証明します。 _____ 年 月 日 所在地 _____ 医療機関の 名称 _____ 科名 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____ 印	

- ※ 訂正の場合は必ず証明印による捺印をお願いします。
- ※ 別紙の申請書と併せて各都道府県を通し、本会へ提出(郵送)をお願いします。



以下、各都道府県卓球協会（連盟）記入欄

都 道 府 県 名	責 任 者 名	連 絡 先
	印	TEL _____

以下、日本卓球協会記入欄

日卓協受付日	申請書No.	申請書受付日	担当者印	責任者印