

**独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度への加入について**

幸田町教育委員会では、学校における児童生徒の災害や事故に備え、独立行政法人日本スポーツ振興センター(以下「JSC」といいます。)と災害共済給付契約を結んでいます。

この制度は、学校の管理下において児童生徒が災害に遭った場合、その治療費や見舞金の給付を保護者の皆様に対して行うものであり、加入に際しては、保護者の皆様の同意のもと、JSC に児童生徒の名簿を提出することになっています。加入は任意ですが、不慮のけがや疾病等に備えるため、全員加入くださいますようお願いいたします。同意される方は、下記の同意書に記入の上、学校に提出してください。

給付の内容等は、独立行政法人日本スポーツ振興センター法又はこれに基づく政令、省令、通達等に定められています。令和5年1月1日現在、その主な内容は以下のとおりです。

**■ 給付の対象となる災害の範囲と給付金額**

| 災害の種類 | 災害の範囲   | 給付金額   |
|-------|---|--|
| 負傷    | その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもの  | 医療費  |
| 疾病    | その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のものうち、文部科学省令で定めるもの<br>(・学校給食等による中毒・ガス等による中毒・熱中症・溺水<br>・異物の嚥下又は迷入による疾病・漆等による皮膚炎<br>・外部衝撃等による疾病・負傷による疾病) | ・医療保険並の療養に要する費用の額の4/10(そのうち1/10は、療養に伴って要する費用として加算される分)<br>ただし、高額療養費の対象となる場合は、自己負担額(所得区分により限度額が異なる。)に療養に要する費用の額の1/10を加算した額<br>・入院時食事療養費の標準負担額がある場合は、その額を加算した額 |
| 障害    | 学校の管理下の負傷又は上欄の疾病が治った後に残った障害(その程度により第1級から第14級に区分される。)  | 障害見舞金 4,000万円～88万円<br>〔通学(園)中の災害の場合 2,000万円～44万円〕  |
| 死亡    | 学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡   | 死亡見舞金 3,000万円〔通学(園)中の場合 1,500万円〕   |
|       | 突然死<br>運動などの行為に起因する突然死  | 死亡見舞金 3,000万円〔通学(園)中の場合 1,500万円〕   |
|       | 運動などの行為と関連のない突然死  | 死亡見舞金 1,500万円〔通学(園)中の場合も同額〕  |

※幸田町の医療費助成制度(子ども医療費受給者証等)の利用により、保護者の窓口での負担がない場合、給付される医療費のうち町の制度により支払われた額は幸田町に返還され、保護者へは残額(療養費の1割及び入院時の食事療養費)が支払われます。

学校の管理下とは、次の場合をいいます。

- ① 学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合
- ② 学校の教育計画に基づく課外指導を受けている場合
- ③ 休憩時間中、その他校長の指示・承認に基づき学校にある場合
- ④ 通常の経路及び方法により登下校をしている場合

**■ 給付に関する注意事項**

- ① 同一の災害の負傷又は疾病についての医療費の支給は、初診から最長10年間行われます。
- ② 災害共済給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から2年間行わないときは、時効によって消滅します。
- ③ 災害共済給付の給付事由と同一の事由について、損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、給付を行わない場合があります。
- ④ 他の法令の規定による給付等(例:条例に基づく乳幼児医療助成)を受けたときは、その受けた限度において、給付を行いません。
- ⑤ 生活保護法による保護を受けている世帯に属する義務教育諸学校及び保育所等の児童生徒に係る災害については、医療費の給付は行いません。

\*これはJSCの災害共済給付制度の概要を記載したものです。

**■ 共済掛金(年額)**

保護者負担額 460円/人(幸田町の負担額 460円/人)

※負担金額は、年額です。翌年度からは、共済掛金を納めていただくことで加入は継続されます。

(きりとり)

**同 意 書**

幸田町教育委員会 殿

幸田町立 \_\_\_\_\_ 学校

\_\_\_\_\_ 年 組 児童生徒氏名

貴教育委員会が独立行政法人日本スポーツ振興センターと締結する災害共済給付契約について、在学する間、上記児童生徒が加入することに同意します。また、幸田町の医療費助成制度(子ども医療費受給者証等)の利用により医療費の自己負担が無い場合は、災害共済給付金の医療費から幸田町による助成額を差引いた額を受け取ることを承諾いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_