

岐阜県インターンシップ保険 実施要綱

この保険は下記の要領にて取り扱います。

項目	内容	備考
名称	岐阜県インターンシップ保険	
取扱期間	平成 29 年 2 月 1 日～平成 30 年 2 月 1 日	平成 30 年 2 月 1 日以降は応相談
保険契約者	岐阜県インターンシップ推進協議会	
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> インターンシップに参加する学生 当協議会が実施するインターンシップ事業に参加する学生 	対象は大学院・大学・短大・高専・専修／専門学校 <small>の</small> 学生（高校生は除く）とします。
保険会社	東京海上日動火災保険(株)	
代理店	海上商事(株)	
保険の種類	傷害保険・個人賠償責任保険(付帯保険)	
保険金額	死亡・後遺障害 150 万円 個人賠償責任保険 1 名 1 事故 1 億円	入院(日額) 1,500 円 通院(日額) 900 円
保険料概算	740 円(7 日以内)～1,840 円(1 ヶ月以内)程度	※予算は事業計画による
保険加入の申請者	岐阜県インターンシップ推進協議会の会員企業もしくは協力員	
加入できる条件	<ul style="list-style-type: none"> <u>事前申請方式</u>のため、マッチングが完了した時点で「岐阜県インターンシップ保険申請書 兼 学生会員登録同意書」を受入事業所から提出すること。 対象学生が学校の保険に加入していないこと。 <u>雇用契約でない（無報酬である）こと（昼食・交通費・寮等の提供を除く）。</u> 保険加入に必要な本人確認に協力できること(必要時連絡が取れること)。 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 被保険者が学生となるため、個人情報<small>の</small>提供及び学生会員への登録の同意を得てください。 ▶ 二重保険の回避のため、必ず確認してください。 ▶ 詳しくは保険会社の約款によります。 ▶ 必要に応じて学生及び受入事業所に連絡することがあります。
加入申請手続き	「岐阜県インターンシップ保険申請書 兼学生会員同意書」に、必要事項を記入し FAX 等で申し込む。	当協議会は受理後受付書を発行します。
その他	保険事故が発生した場合は、直ちに当協議会に連絡すること。	受入事業所及び大学が賠償責任を負う場合は、本保険の対象にはなりません。

- この実施要綱は、平成 29 年 3 月 1 日制定し、6 月 1 日から実施する。
- この実施要綱に定めるもののほか、必要な事項は当協議会事務局が別に定める。