■保険申請作成手順

1.作成の流れ

※作業手順は、エクセルでの操作を前提としています。

1.保険申請名簿の作成

※赤シート「保険申請名簿」の名簿にデータ入力
→オレンジシート「１・２・３・・・」に反映します。

2.個々の保険情報入力

※ 他の保険の申告情報がある方のみ、登録者個々のエリアに、
他の保険契約、保険金請求履歴を直接入力します。

2.手順

1.保険申請名簿の作成

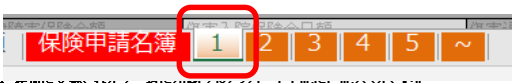
保険申請のファイルを開き、シート「保険申請名簿」を表示させます。

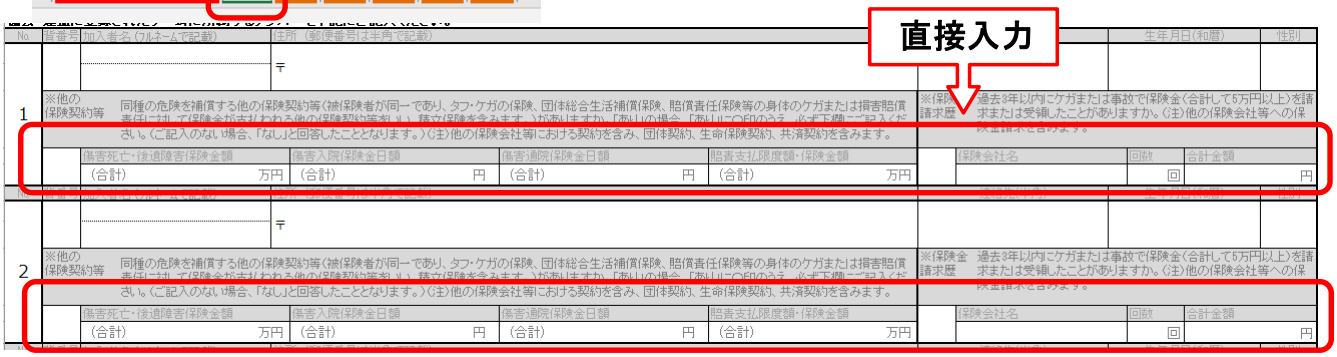
①【黄色】チーム名を直接入力してください。
②【黄色】代表者No．は、「保険申請名簿」を作成した後、
代表者様の登録者のNo．を数値で入力して下さい。

No	背番号	氏名	フリガナ	〒	住所	電話番号	生年月日	年齢	-	-	他の保険	性別
例	15	コンパス　太郎	コンパス　タロウ	107-0062	東京都港区南青山5-4-32	03-5468-0321	S00.01.01	100	-	-	○×(選択)	男
1												
2												
3												
4												

③【薄黄色】名簿にメンバーのデータを入力下さい。

2.個々の保険情報入力





申請名簿

チーム名

代表者様 No.

人数	合計金額

No	背番号	氏名	フリガナ	〒	住所	電話番号	生年月日	-	-	-	他の保険	性別
例	15	コンパス　太郎	コンパス　タロウ	107-0062	東京都港区南青山5-4-32	03-5468-0321	S00.01.01	-	-	-	○×(選択)	男･女
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*

スポーツチーム総合保険特約セット団体総合生活補償保険：加入申込票・被保険者名簿

重要事項のご説明およびご加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを
確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

ご加入にあたってはチラシをご参照ください。

保険期間(ご契約期間)　令和6年4月1日　午後4時　～　令和7年4月1日　午後4時

チーム名	代表者氏名（フルネームで記載）	代表者住所		加入タイプ	合計保険料
	フリガナ	〒	連絡先(半角)		

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
1			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
2			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
3			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
4			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

引受保険会社　あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

※印の項目はご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。ご加入時に同種の危険を補償する他の保険契約（賠償損害・費用補償等）等に加入されている場合は、お申し出いただく義務（告知義務）があります。保険金額（支払限度額）をご記入ください。（他の保険契約等のない方は記入不要）
また、過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）の請求歴（他の保険会社等への保険金請求を含みます。）をご記入ください。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認うえご回答（記入）ください。

（2023年11月承認）A23-102843

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
5			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
6			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
7			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
8			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
9			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
10			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
11			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
12			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
13			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
14			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
15			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
16			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
17			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
18			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
19			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
20			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
21			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
22			〒			

※他の保険契約等　同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴　過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
23			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
24			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
25			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
26			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
27			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
28			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
29			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
30			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
31			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
32			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
33			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
34			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
35			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
36			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
37			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
38			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
39			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
40			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
41			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
42			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
43			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
44			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
45			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

No.	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
46			〒			

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、「あり」の場合必ず下欄にご記入ください。選択のない場合、「なし」と回答したこととなります。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	会社名	回数	合計金額
（合計） 万円	（合計） 円	（合計） 円	（合計） 万円		回	円

スポーツチーム総合保険特約セット団体総合生活補償保険：「中途加入」 報告票

令和　　年　　月　　日

㈱コンパス保険
FAX. 03-5468-0323

重要事項のご説明およびご加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

団体名：日野市ソフトボール連盟

ご担当者：(　　)

スポーツ名：ソフトボール

中途加入がある場合はその都度直ちにFAXして下さい。遅れると補償できない場合がございま

ご報告の流れ：各チーム →協会・連盟 ご担当者 → コンパス保険

No.	加入日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
1	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等 同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。		保険金請求歴 過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。		
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			(合計)　万円	(合計)　円	(合計)　円	(合計)　万円	
			会社名	回数	合計金額		
				回	円		
No.	加入日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
2	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等 同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。		保険金請求歴 過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。		
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			(合計)　万円	(合計)　円	(合計)　円	(合計)　万円	
			会社名	回数	合計金額		
				回	円		
No.	加入日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
3	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等 同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。		保険金請求歴 過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。		
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			(合計)　万円	(合計)　円	(合計)　円	(合計)　万円	
			会社名	回数	合計金額		
				回	円		

中途加入	名

(ご注意)中途加入の場合は、「コンパス保険に本報告票が到着し、内容確認時点から補償開始」となります。貴協会・連盟のご担当者様の受付けた段階では補償は開始されませんので、何卒ご注意いただきますようお願い申し上げます。

団体受付日		コンパス保険受付日	管理No
	FAX / メール →		

※印の項目はご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。ご加入時に同種の危険を補償する他の保険契約（賠償損害・費用補償等）等に加入されている場合は、お申し出いただく義務（告知義務）があります。保険金額（支払限度額）をご記入ください。（他の保険契約等のない方は記入不要）
また、過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）の請求歴（他の保険会社等への保険金請求を含みます。）をご記入ください。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認うえご回答（記入）ください。

(2023年11月承認)A23-102843

㈱コンパス保険
FAX. 03-5468-0323

スポーツチーム総合保険特約セット団体総合生活補償保険 :「中途脱退」 報告票

令和　　年　　月　　日

団体名:日野市ソフトボール連盟

（ご担当:　　）

中途脱退がある場合はその都度直ちにFAXしてください。遅延すると返金できない場合がございます。

NO.	脱退日	所属チーム名	お名前	住所
1	／		カナ	〒(　　ー　　)
NO.	脱退日	所属チーム名	お名前	住所
2	／		カナ	〒(　　ー　　)
NO.	脱退日	所属チーム名	お名前	住所
3	／		カナ	〒(　　ー　　)
NO.	脱退日	所属チーム名	お名前	住所
4	／		カナ	〒(　　ー　　)
NO.	脱退日	所属チーム名	お名前	住所
5	／		カナ	〒(　　ー　　)

中途脱退	名

団体受付日

FAX
メール

コンパス保険受付日	管理No.

(2023年11月承認)A23-102843

㈱コンパス保険
FAX. 03-5468-0323

スポーツチーム総合保険特約セット団体総合生活補償保険：「登録情報等変更」報告票

令和　　年　　月　　日

重要事項のご説明およびご加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

団体名：日野市ソフトボール連盟
ご担当者：(　　)
スポーツ名：ソフトボール

ご登録名簿に変更・訂正がある場合はその都度直ちにご連絡をお願いいたします。

ご報告の流れ ： 各チーム → 協会・連盟 ご担当者 → コンパス保険

	変更日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
1	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。	
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円	

	会社名	回数	合計金額
		回	円

	変更日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
2	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。	
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円	

	会社名	回数	合計金額
		回	円

	変更日	背番号	加入者名（フルネームで記載）	住所（郵便番号は半角で記載）	連絡先(半角)	生年月日(和暦)	性別
3	／			〒			
	所属チーム名		※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）がありますか。プルダウンにて「あり」「なし」を選択のうえ、必ず下欄にご記入ください。（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。プルダウンにて「あり」「なし」を選択してください。	
			傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	賠責支払限度額・保険金額	
			（合計）　万円	（合計）　円	（合計）　円	（合計）　万円	

	会社名	回数	合計金額
		回	円

団体受付日	FAX メール	コンパス保険受付日	管理No

(2023年11月承認)A23-102843