

■ 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。

作成手順	保険申請名簿	1	2	3
------	--------	---	---	---

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	申請名簿			チーム名					代表者No	人数	合計金額		
2													
3													
4	N	U	氏名	フリガナ	〒	住所 (都道府県は不要)	電話番号	生年月日	年	在	高	保	
5	1												
6	2												

- 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

保険申請名簿

1

2

3

4

5

~

No	加入者名(フルネームで記載)	住所(郵便番号は生年分記載)	生年月日(範囲)	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 責任に付いて保険金が支払われる他の保険契約等)と、独立した保険金を支払うものではありません。【あり】の場合、「あり」に○印のうえ、必ず下欄へ記入くだ さい。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)(主)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。		※(新) 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。)(主)他の保険会社等への保 険金請求を含みます。				
	傷害死亡・後遺障害保険金額 (合計)	傷害入院保険金額 (合計)	傷害通院保険金額 (合計)	賠償支払限度額・保険金額 (合計)	保険会社名	回数	合計金額
	万円	円	円	万円		回	円
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 責任に付いて保険金が支払われる他の保険契約等)と、独立した保険金を支払うものではありません。【あり】の場合、「あり」に○印のうえ、必ず下欄へ記入くだ さい。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)(主)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。		※(新) 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。)(主)他の保険会社等への保 険金請求を含みます。				
	傷害死亡・後遺障害保険金額 (合計)	傷害入院保険金額 (合計)	傷害通院保険金額 (合計)	賠償支払限度額・保険金額 (合計)	保険会社名	回数	合計金額
	万円	円	円	万円		回	円

申請名簿	チーム名	代表者様 No.	人数	合計金額

[illegible]

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パンフレットをご参照ください。

保険期間(ご契約期間) 令和7年4月1日 午後4時 ~ 令和8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」と回答したことになります。(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。			
		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	賠償支払限度額・保険金額	会社名
		(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 万円	回数 合計金額 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」と回答したことになります。(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。			
		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	賠償支払限度額・保険金額	会社名
		(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 万円	回数 合計金額 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」と回答したことになります。(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。			
		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	賠償支払限度額・保険金額	会社名
		(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 万円	回数 合計金額 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」と回答したことになります。(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。			
		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	賠償支払限度額・保険金額	会社名
		(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 万円	回数 合計金額 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)等に参加されている場合は、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。						

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]