

スポーツチーム総合保険(サッカーチーム・フットサルチーム用) 加入申込票(契約明細書)

証券添付要

下記、記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入申込みをいたします。

加入申込日: 年 月 日

チーム名			
代表者 (責任者)	住所	〒	連絡先電話番号
	e-mail		
	氏名		
保険料		1,290 円 × 名 = 円	

ご契約内容および保険料(チーム員1名につき1年間) (下記保険料は団体割引率15%(被保険者数1,000名以上3,000名未満)を適用しています。)			
SJB型 補償内容	賠償責任保険金額(免責金額0円)	3,000万円	・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。 ・他の保険契約等※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。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、十分にご確認のうえ、ご回答(○囲み)ください。回答のない場合は「無」と回答したことになります。
	傷害死亡・後遺障害保険金額	200万円	
	傷害入院保険金日額	1,300円	
	傷害手術保険金 入院中: 傷害入院保険金日額×10 入院中以外: 傷害入院保険金日額×5	800円	
	見舞費用保険金額	50万円	
	臨時費用保険金額	20万円	
一時払保険料		1,290円	

< 加入者名簿 >

No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※
1		男女	年 月 日	有無	9		男女	年 月 日	有無	17		男女	年 月 日	有無
2		男女	年 月 日	有無	10		男女	年 月 日	有無	18		男女	年 月 日	有無
3		男女	年 月 日	有無	11		男女	年 月 日	有無	19		男女	年 月 日	有無
4		男女	年 月 日	有無	12		男女	年 月 日	有無	20		男女	年 月 日	有無
5		男女	年 月 日	有無	13		男女	年 月 日	有無	21		男女	年 月 日	有無
6		男女	年 月 日	有無	14		男女	年 月 日	有無	22		男女	年 月 日	有無
7		男女	年 月 日	有無	15		男女	年 月 日	有無	23		男女	年 月 日	有無
8		男女	年 月 日	有無	16		男女	年 月 日	有無	24		男女	年 月 日	有無

*他の保険契約等、保険金請求歴は裏面にご記入ください。

この保険は広島県社会人サッカー連盟を保険契約者とし加入チームの会員を被保険者とする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の団体契約です。ご加入に当たってはパンフレットをご参照ください。ご不明な点につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

保険期間(ご契約期間) 2025年5月1日午後4時から1年間

引受保険会社 / あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2025年1月承認) B24-103658

スポーツチーム総合保険(サッカーチーム・フットサルチーム用) 加入申込票(契約明細書)

証券添付要

下記、記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入申込みをいたします。

加入申込日: 年 月 日

2枚目

ご契約内容および保険料(チーム員1名につき1年間)

(下記保険料は団体割引率15%(被保険者数1,000名以上3,000名未満)を適用しています。)

SJB型 補償内容	賠償責任保険金額(免責金額0円)	3,000万円	・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。 ・他の保険契約等※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。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、十分にご確認のうえ、ご回答(○囲み)ください。回答のない場合は「無」と回答したことになります。
	傷害死亡・後遺障害保険金額	200万円	
	傷害入院保険金日額	1,300円	
	傷害手術保険金 入院中: 傷害入院保険金日額×10 入院中以外: 傷害入院保険金日額×5	800円	
	見舞費用保険金額	50万円	
	臨時費用保険金額	20万円	
一時払保険料		1,290円	

< 加入者名簿 >

No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※
25		男女	年 月 日	有無	33		男女	年 月 日	有無	41		男女	年 月 日	有無
26		男女	年 月 日	有無	34		男女	年 月 日	有無	42		男女	年 月 日	有無
27		男女	年 月 日	有無	35		男女	年 月 日	有無	43		男女	年 月 日	有無
28		男女	年 月 日	有無	36		男女	年 月 日	有無	44		男女	年 月 日	有無
29		男女	年 月 日	有無	37		男女	年 月 日	有無	45		男女	年 月 日	有無
30		男女	年 月 日	有無	38		男女	年 月 日	有無	46		男女	年 月 日	有無
31		男女	年 月 日	有無	39		男女	年 月 日	有無	47		男女	年 月 日	有無
32		男女	年 月 日	有無	40		男女	年 月 日	有無	48		男女	年 月 日	有無

* 他の保険契約等、保険金請求歴は裏面にご記入ください。

この保険は広島県社会人サッカー連盟を保険契約者とし加入チームの会員を被保険者とする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の団体契約です。ご加入に当たってはパンフレットをご参照ください。ご不明な点につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

保険期間(ご契約期間) 2025年5月1日午後4時から1年間

引受保険会社 / あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2025年1月承認) B24-103658

スポーツチーム総合保険(サッカーチーム・フットサルチーム用) 加入申込票(契約明細書)

証券添付要

下記、記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入申込みをいたします。

加入申込日: 年 月 日

3枚目

ご契約内容および保険料(チーム員1名につき1年間)

(下記保険料は団体割引率15%(被保険者数1,000名以上3,000名未満)を適用しています。)

SJB型 補償内容	賠償責任保険金額(免責金額0円)	3,000万円	・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。 ・他の保険契約等※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。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、十分にご確認のうえ、ご回答(〇囲み)ください。回答のない場合は「無」と回答したことになります。
	傷害死亡・後遺障害保険金額	200万円	
	傷害入院保険金日額	1,300円	
	傷害手術保険金 入院中: 傷害入院保険金日額×10 入院中以外: 傷害入院保険金日額×5	800円	
	見舞費用保険金額	50万円	
	臨時費用保険金額	20万円	
一時払保険料		1,290円	

< 加入者名簿 >

No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※
49		男女	年 月 日	有無	57		男女	年 月 日	有無	65		男女	年 月 日	有無
50		男女	年 月 日	有無	58		男女	年 月 日	有無	66		男女	年 月 日	有無
51		男女	年 月 日	有無	59		男女	年 月 日	有無	67		男女	年 月 日	有無
52		男女	年 月 日	有無	60		男女	年 月 日	有無	68		男女	年 月 日	有無
53		男女	年 月 日	有無	61		男女	年 月 日	有無	69		男女	年 月 日	有無
54		男女	年 月 日	有無	62		男女	年 月 日	有無	70		男女	年 月 日	有無
55		男女	年 月 日	有無	63		男女	年 月 日	有無	71		男女	年 月 日	有無
56		男女	年 月 日	有無	64		男女	年 月 日	有無	72		男女	年 月 日	有無

* 他の保険契約等、保険金請求歴は裏面にご記入ください。

この保険は広島県社会人サッカー連盟を保険契約者とし加入チームの会員を被保険者とする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の団体契約です。ご加入に当たってはパンフレットをご参照ください。ご不明な点につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

保険期間(ご契約期間) 2025年5月1日午後4時から1年間

引受保険会社 / あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2025年1月承認) B24-103658

スポーツチーム総合保険(サッカーチーム・フットサルチーム用) 加入申込票(契約明細書)

証券添付要

下記、記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入申込みをいたします。

加入申込日: 年 月 日

4枚目

ご契約内容および保険料(チーム員1名につき1年間)

(下記保険料は団体割引率15%(被保険者数1,000名以上3,000名未満)を適用しています。)

SJB型 補償内容	賠償責任保険金額(免責金額0円)	3,000万円	・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。 ・他の保険契約等※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。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、十分にご確認のうえ、ご回答(〇囲み)ください。回答のない場合は「無」と回答したことになります。
	傷害死亡・後遺障害保険金額	200万円	
	傷害入院保険金日額	1,300円	
	傷害手術保険金 入院中: 傷害入院保険金日額×10 入院中以外: 傷害入院保険金日額×5	800円	
	見舞費用保険金額	50万円	
	臨時費用保険金額	20万円	
一時払保険料		1,290円	

< 加入者名簿 >

No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※
73		男女	年 月 日	有無	81		男女	年 月 日	有無	89		男女	年 月 日	有無
74		男女	年 月 日	有無	82		男女	年 月 日	有無	90		男女	年 月 日	有無
75		男女	年 月 日	有無	83		男女	年 月 日	有無	91		男女	年 月 日	有無
76		男女	年 月 日	有無	84		男女	年 月 日	有無	92		男女	年 月 日	有無
77		男女	年 月 日	有無	85		男女	年 月 日	有無	93		男女	年 月 日	有無
78		男女	年 月 日	有無	86		男女	年 月 日	有無	94		男女	年 月 日	有無
79		男女	年 月 日	有無	87		男女	年 月 日	有無	95		男女	年 月 日	有無
80		男女	年 月 日	有無	88		男女	年 月 日	有無	96		男女	年 月 日	有無

* 他の保険契約等、保険金請求歴は裏面にご記入ください。

この保険は広島県社会人サッカー連盟を保険契約者とし加入チームの会員を被保険者とする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の団体契約です。ご加入に当たってはパンフレットをご参照ください。ご不明な点につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

保険期間(ご契約期間) 2025年5月1日午後4時から1年間

引受保険会社 / あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2025年1月承認) B24-103658

スポーツチーム総合保険(サッカーチーム・フットサルチーム用) 加入申込票(契約明細書)

証券添付要

下記、記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入申込みをいたします。

加入申込日: 年 月 日

5枚目

ご契約内容および保険料(チーム員1名につき1年間)

(下記保険料は団体割引率15%(被保険者数1,000名以上3,000名未満)を適用しています。)

SJB型 補償内容	賠償責任保険金額(免責金額0円)	3,000万円	・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。 ・他の保険契約等※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。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、十分にご確認のうえ、ご回答(○囲み)ください。回答のない場合は「無」と回答したことになります。
	傷害死亡・後遺障害保険金額	200万円	
	傷害入院保険金日額	1,300円	
	傷害手術保険金 入院中: 傷害入院保険金日額×10 入院中以外: 傷害入院保険金日額×5	800円	
	見舞費用保険金額	50万円	
	臨時費用保険金額	20万円	
一時払保険料		1,290円	

< 加入者名簿 >

No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※	No.	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	他の保険契約等※
97		男女	年 月 日	有無	105		男女	年 月 日	有無	113		男女	年 月 日	有無
98		男女	年 月 日	有無	106		男女	年 月 日	有無	114		男女	年 月 日	有無
99		男女	年 月 日	有無	107		男女	年 月 日	有無	115		男女	年 月 日	有無
100		男女	年 月 日	有無	108		男女	年 月 日	有無	116		男女	年 月 日	有無
101		男女	年 月 日	有無	109		男女	年 月 日	有無	117		男女	年 月 日	有無
102		男女	年 月 日	有無	110		男女	年 月 日	有無	118		男女	年 月 日	有無
103		男女	年 月 日	有無	111		男女	年 月 日	有無	119		男女	年 月 日	有無
104		男女	年 月 日	有無	112		男女	年 月 日	有無	120		男女	年 月 日	有無

* 他の保険契約等、保険金請求歴は裏面にご記入ください。

この保険は広島県社会人サッカー連盟を保険契約者とし加入チームの会員を被保険者とする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の団体契約です。ご加入に当たってはパンフレットをご参照ください。ご不明な点につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

保険期間(ご契約期間) 2025年5月1日午後4時から1年間

引受保険会社 / あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2025年1月承認) B24-103658