

団体ログイン

団体からお知らせした所属団体（企業）の団体コードを入力してください。

団体コード

PL5E1

①
「PL5E1」と入力（半角カナ）
「1」は数字のイ

ログイン

②
ログインを押下

[ユーザ登録済みの方はこちら](#)

ユーザ登録

メールアドレスは、必ず利用可能（受信可能）なアドレスを登録してください。

登録したメールアドレス宛にメールが送信されます。

メール本文内のリンクURLをクリックして、ログインしてください。

【パスワードの設定ルール】

- パスワードは 8 文字以上で、英字と数字を組み合わせる必要があります。
- ユーザ名（メールアドレス）の@より前の部分をパスワードに含めることはできません。

メールは「cop01873@aioinissaydowa.co.jp」からきますのでドメイン解除指定してメールを受け取れるようにしておいてください。

一度、登録したメールアドレスは保険会社で解除しないと再使用ができませんのでメールを受け取れる状態にしておいてください。

氏名（漢字）

あいおい太郎

氏名（カナ）

アイオイタロウ

ユーザ名

〇〇@aioinissaydowa.

※メールアドレスを入力してください。

パスワード

パスワード

③

加入者名を記入。（会員である親）
姓と名前の間はスペースを空けない

④

パスワードは8文字以上かつ
英字と数字を組み合わせる入力

差出人: システム管理者【Sand2】 <mitsuru_kamatani@agrex.co.jp>
送信日時: 2020年〇月〇日 〇〇:〇〇
宛先: 〇〇〇〇
件名: メールアドレス登録のお知らせ

〇〇〇〇様

メールアドレスの登録が完了しました。
今後、ユーザ名はご登録いただきましたメールアドレスとなります。

使用を開始するには、下記よりアクセスしてください。

<https://sandbox2-aioinissaydowa-wpm.cs31.force.com/CommunityLoginPage?id=89fa1ea33ac7b61e0201e70063ba9ca26ba4efbf02255af9edfa3678b2a4e3e070ca653750c6f74cef4a1be1808759b989cfedb38c5a2d98717eb9c5a97b041b>

よろしくお願ひ申し上げます。

あいおいニッセイ同和損害保

⑤登録したメールアドレスに届きますので、申込用URLをクリックください。
※このメールに記載のURLからしか申込できません。URLは一人一人異なります。

ユーザログイン

初回ログイン時は、案内されたユーザ名とパスワードを入力してください。
2回目以降のログイン時は、ユーザ名※とご自身で登録したパスワードを入力してください。
※メールアドレスを登録・変更した方は、メールアドレスがユーザ名になります。

ユーザ名	<input type="text"/>	⑥ ユーザー登録画面で設定した ユーザー名(=メールアドレス) を入力。 同様にユーザー登録画面で 設定したパスワードを入力。
パスワード	<input type="text"/>	

[パスワードをお忘れですか？](#)

自転車保険

公益社団法人 全国子ども会連合会 お申し込みサイト



【注意点①】

『2人型（タイプB）』を選択される場合は、必ず被保険者2名の入力をお願いします。

B 1タイプの申込だけでは手続き完了しません。

B 1タイプの申込手続き完了後に『被保険者選択へ』のボタンをクリックし被保険者追加（B 2タイプの申込）を必ずしてください。

例⇒B 1：お兄さん B 2：弟さん

【注意点②】

本画面で申し込み手続きをいただくと設定いただいたメールアドレスに手続き完了のご案内メールが届きます。

※Bタイプをお申込の場合は2回メールが届きます。

(B 1手続き後1回、B 2手続き後1回 合計2回)

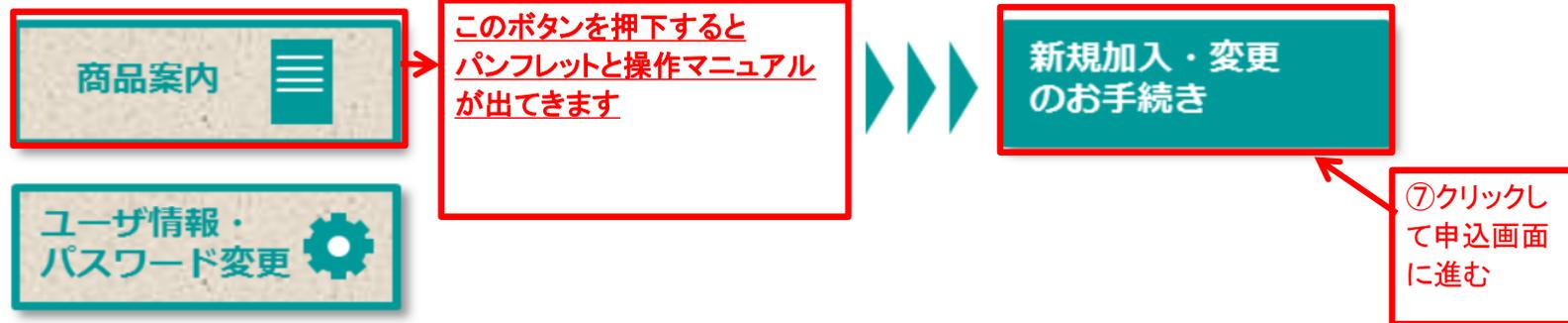
申込完了後に掛金のお振込が必要となります。

※掛金の払込が完了しないと保険の効力が開始しませんので必ず期限までに下記口座に振込みください。(振込手数料は加入者様のご負担となりますのでご了承ください。)

2020年7月31日までに下記の全国子ども会連合会のゆうちょ銀行 振替口座までお振込みください。

- ゆうちょ銀行から振り込まれる方⇒「全子連自転車保険口 00140-9-648471」
- ゆうちょ銀行以外から振り込まれる方⇒「〇一九(ゼロイチキユウ)店(019)当座 0648471」
(「ゼロイチキユウ」はカタカナで入力ください)

※操作マニュアルは商品内容をご確認ください



1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
 入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

お申込み画面

下記内容を入力ください。

プラン「B：2人型」を選択された場合は、必ずプラン「B1（日常生活賠償有）」と「B2（日常生活賠償無）」の両方をお申込みいただく必要があります。
 年間掛金はお2人で4,900円となり、申込確認画面では「B1（日常生活賠償有）」3,200円、「B2（日常生活賠償無）」1,700円と表示されます。

加入区分 新規加入	団体名 公益社団法人 全国子ども会連合会	保険始期 令和2年8月1日
単位子ども会名	<input type="text"/>	単位子ども会名を入力(不明な場合は空白)
単位子ども会コード	<input type="text"/>	単位子ども会コードを入力(不明な場合は空白)
所属名	<input type="text"/>	
所属コード [半角英数字]	<input type="text"/>	
申込人氏名か [半角か英字] 必須	<input type="text"/>	加入者名(半角か)を入力。(会員である親)20才以上の方
申込人氏名漢字 [全角文字]	<input type="text"/>	加入者名(姓と名の間はスペースを空けない)を入力。(会員である親)20才以上の方
団体コード(5ケタ) 必須	<input type="text"/>	PL5E1(1は数字の仔) 半角か
郵便番号 [半角数字7ケタ、ハイフンなし] 必須	<input type="text"/>	
住所(漢字)	<input type="text"/>	

住所 (か)	必須	<input type="text"/>	半角カナ
電話番号 [半角数字、ハイフンなし]	必須	<input type="text"/>	
申込日		令和2年3月1日	
被保険者氏名か [半角カナ英字]	必須	<input type="text"/>	※外国籍の方のお申込み時は 「カナ」にジョンズミス またはJohnSmith(半角 カナ) 「漢字氏名」は入力不要
被保険者氏名漢字 [全角文字]		<input type="text"/>	
続柄	必須	<input type="text"/>	
生年月日	必須	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
性別	必須	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
プラン	必須	<input type="text"/>	

同条件の内容で継続する場合はお手続き不要です。
 同条件での継続で、申込人属性情報（所属・氏名等）、告知内容のみを変更する場合
 （補償内容の減額と同時に告知内容を変更する場合も含みます）は、WEBではお手続きできません。
 保険契約者または取扱代理店にお問合わせください。

[1 お申込み >](#)[2 告知 >](#)[3 重要事項 >](#)[4 確認 >](#)[5 完了](#)

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

お申込み画面

入力例

プラン『B：2人型』を選択された場合は、必ずプラン『B1（日常生活賠償有）』と『B2（日常生活賠償無）』の両方をお申込みいただく必要があります。
年間掛金はお2人で4,900円となり、申込確認画面では『B1（日常生活賠償有）』3,200円、『B2（日常生活賠償無）』1,700円と表示されます。

加入区分 新規加入 ▾	団体名 公益社団法人 全国子ども会連合会	保険始期 令和2年8月1日
単位子ども会名		保険終期 令和3年8月1日
単位子ども会コード		
所属名	<input type="text"/>	
所属コード [半角英数字]	<input type="text"/>	
申込人氏名 [半角英字] 必須	アイイロウ <input type="text"/>	
申込人氏名漢字 [全角文字]	あいおい太郎 <input type="text"/>	
団体コード(5ケタ) 必須	PL5E1 <input type="text"/>	
郵便番号 [半角数字7ケタ、ハイフンなし] 必須	1500053 <input type="text"/>	
住所（漢字）	東京都渋谷区恵比寿1-28-1 <input type="text"/>	

商品案内

お支払いする
保険金のご説明

重要事項
のご説明

住所 (か)	必須	トウキョウトシブキヤエビス1-28-1
電話番号 [半角数字、ハイフンなし]	必須	0312345678
申込日		令和2年3月1日
被保険者氏名か [半角が英字]	必須	アイイチロウ
被保険者氏名漢字 [全角文字]		あいおい一郎
続柄	必須	その他親族
生年月日	必須	平成 23 年 01 月 01 日
性別	必須	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
プラン	必須	B1:2人型:日常生活賠償有

同条件の内容で継続する場合はお手続き不要です。
同条件での継続で、申込人属性情報（所属・氏名等）、告知内容のみを変更する場合
（補償内容の減額と同時に告知内容を変更する場合も含まれます）は、WEBではお手続きできません。
保険契約者または取扱代理店にお問合わせください。

戻る

次へ

1 お申込み >>

2 告知 >>

3 重要事項 >>

4 確認 >>

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

他保険告知ほか

下記の質問事項に対する回答を

※印の項目は、ご契約に際して申
事実と相違する場合は、ご契約を

他の保険契約がある場
合は口にチェック

他の保険契約がある場合は入力。
他の保険契約がない場合は全て空白。

※他の保険契約等（注）他の保険会社からの火災・盗難・自動車・航空・海上・地震・水災・賠償責任等を含みます。
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、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病気および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、併立保険を含みます。

 他の保険契約等有

傷害死亡・後遺障害 保険金額	<input type="text"/> 万円	傷害入院 保険金日額	<input type="text"/> 円	傷害通院 保険金日額	<input type="text"/> 円
疾病入院 保険金日額	<input type="text"/> 円	がん入院 保険金日額	<input type="text"/> 円		

保険金請求歴（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。
過去3年以内に病気・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。

 保険金請求歴有

保険会社

合計請求金額 [半角数字]

 円

保険金請求歴がある場合は口にチェックしてその他内容を入
力。なしの場合は全て空白。

「次へ」をクリック

次へ

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

重要事項のご説明

重要事項のご説明を必ずお読みいただき、チェックをして次にお進みください。

重要事項のご説明

重要事項
のご説明

重要事項のご説明の内容を確認しました。

クリックして重要事項説明を確認。
※クリックしないと右のチェック欄が活性化しません。

重要事項説明を確認後にチェック。

次へ

「次へ」をクリック

このサイトは保険商品をご案内するインターネットサイトです。

(2020年1月承

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

お申込み内容確認

まだお手続きは完了していません。

(注) ブラウザの印刷機能で当画面を印刷のうえ、保管ください。

お申込み内容をご確認のうえ、画面下の「申し込む」ボタンを押してください。

お申込み内容

団体名	公益社団法人 全国子ども会連合会
単位子ども会名	
単位子ども会コード	

所属名	
所属コード	
申込人氏名カナ	アイイトウ
申込人氏名漢字	あいおい太郎
団体コード(5ケタ)	PL5E2
郵便番号	1500053
住所(漢字)	東京都渋谷区恵比寿 1 - 2 8 - 1
住所(カナ)	トウキョウトシブヤクエビス1-28-1
電話番号	0312345678
加入区分	新規加入
申込日	令和2年3月1日

被保険者氏名 ^{カナ}	アイイイイ
被保険者氏名漢字	あいおい一郎
続柄	その他親族
生年月日	平成23年1月1日
年齢	9
性別	男性
セット名 (プラン名)	B1 (2人型:日常生活賠償有)
月払保険料	3,300円

※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項目（告知項目）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、十分にご確認ください。

※健康状態告知書質問事項

	なし		0円
--	----	--	----

※他の保険契約等		傷害死亡・後遺障害 保険金額	
傷害入院 保険金日額	0円	傷害通院 保険金日額	0円
疾病入院 保険金日額	0円	がん入院 保険金日額	0円
保険金請求歴	なし	保険会社	
回数	0回	合計請求金額	0円

お申込み後の補償対象外となる疾病等については、
下の「申し込む」を押した上で「申込対象者選択」画面の今回加入プランの「特定疾病
対象外」欄をご確認ください。

戻る

申し込む

「申し込むをクリック」

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

申込手続き完了

お申込みが完了しました。

登録したメールアドレスに申し込み完了のご案内が届きます。

※掛金の払込が完了しないと保険の効力が開始しませんので必ず期限までに下記口座に振込みください。(振込手数料は加入者様のご負担となりますのでご了承ください。)

**： 2020年7月31日までに下記の全国子ども会連合会の
ゆうちょ銀行 振替口座まで払込みください。**

■ゆうちょ銀行から振り込まれる方⇒「全子連自転車保険口 00140-9-648471」

■ゆうちょ銀行以外から振り込まれる方⇒「〇一九 (ゼロイチキョウ) 店 (019) 当座 0648471」

このサイトは保険商品をご案内するインターネットサイトです。

(2020年1月承認) GB19D011326

※Bタイプをお申込みの場合、B1タイプの申込だけでは手続き完了しません。B1タイプの申込手続き完了後に『被保険者選択へ』のボタンをクリックし被保険者追加(B2タイプの申込)を必ずしてください。

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

申込手続き完了

お申込みが完了しました。

被保険者選択へ

B1を申込後に「被保険者選択へ」をクリック。

トップへ戻る

申込対象者選択

申込日	令和2年3月2日	
申込人氏名	か	アイイイの
	漢字	あいおい太郎
〒	1500053	
住所	か	トクヨウトラアヤクビス1-28-1
	漢字	東京都渋谷区恵比寿1-28-1
電話番号	0312345678	
団体名	公益社団法人 全国子ども会連合会	
単位子ども会名		
単位子ども会コード		
所属名		
所属コード		
団体コード(5ケタ)	PL5E2	

保険始期	令和2年8月1日
保険終期	令和3年8月1日

[商品案内](#)[お支払いする保険金のご説明](#)[重要事項のご説明](#)

被保険者名	性別	生年月日	続柄	現在加入プラン	特定疾病等対象外 悪性・症状一覧表	今回加入プラン	特定疾病等対象外	加入区分	
アイイイの	男性				-		-		申し込み内容詳細

	平成23年1 月1日	その他 親族		B1 (2人型:日常生 活賠償有)	新規加 入	
--	---------------	-----------	--	----------------------	----------	--

お申し込み頂いた内容を変更される場合は、
「申し込み内容詳細」ボタン ⇒ 次ページ「申込詳細」画面 ⇒ 「お申込みキャンセル」ボタン
を押下して再度正しい内容でお申し込みください。

被保険者を追加

「被保険者追加」をクリック。

このサイトは保険商品をご案内するインターネットサイトです。

(2020年1月承認) GB19D011326

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

お申込み画面

下記内容を入力

プラン『B：2人型』を選択された場合は、必ずプラン『B1（日常生活賠償有）』と『B2（日常生活賠償無）』の両方をお申込みいただく必要があります。
年間掛金はお2人で4,900円となり、申込確認画面では『B1（日常生活賠償有）』3,200円、『B2（日常生活賠償無）』1,700円と表示されます。

加入区分	団体名	公益社団法人 全国子ども会連合会	保険始期	令和2年8月1日
新規加入	単位子ども会名		単位子ども会名を入力(不明な場合は空白)	
	単位子ども会コード		単位子ども会コードを入力(不明な場合は空白)	
	所属名			
	所属コード 【半角英数字】		商品案内	
	申込人氏名 【半角英数字】	アイイタク	加入者名(半角カナ)を入力。(会員である親)20才以上の方	
	申込人氏名漢字 【全角文字】	あいおい太郎	加入者名(姓と名の間はスペースを空けない)を入力。(会員である親)20才以上の方	
	団体コード(5ケタ)	PL5E2	PL5E1(1は数字の仔)	
	郵便番号 【半角数字7ケタ、ハイフンなし】	1500053		
	住所(漢字)	東京都渋谷区恵比寿1-28-1		

住所 (か)	<input type="text" value="トウキョウトシブツケビル1-28-1"/>	半角カナ
電話番号 [半角数字、ハイフンなし]	<input type="text" value="0312345678"/>	
申込日	令和2年3月2日	
被保険者氏名カナ [半角カナ英字]	<input type="text" value="アイオイシロウ"/>	B2の内容を入力
被保険者氏名漢字 [全角文字]	<input type="text" value="あいおい次郎"/>	
続柄	その他親族	
生年月日	平成 25 年 01 月 01 日	
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
プラン	B2:2人型:日常生活賠償無	

同条件の内容で継続する場合はお手続き不要です。
 同条件での継続で、申込人属性情報（所属・氏名等）、告知内容のみを変更する場合
 （補償内容の減額と同時に告知内容を変更する場合も含まれます）は、WEBではお手続きできません。
 保険契約者または取扱代理店にお問合わせください。

[戻る](#)

[次へ](#)

「次へ」をクリック。
 ⇒以下の手順はB1と同じです。

1 お申込み >>

2 告知 >>

3 重要事項 >>

4 確認 >>

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

他保険告知ほか

下記の質問事項に対する回答を入力してください。

※印の項目は、ご契約に際して引受けの可否を判断するに当たって、十分に
事実と相違する場合は、ご契約を解除させていただきます。

※他の保険契約等（注）他の保険会社との重複を含む。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病気および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含む）がありますか。

 他の保険契約等有

傷害死亡・後遺障害 保険金額	<input type="text"/> 万円	傷害入院 保険金日額	<input type="text"/> 円	傷害通院 保険金日額	<input type="text"/> 円
疾病入院 保険金日額	<input type="text"/> 円	がん入院 保険金日額	<input type="text"/> 円		

保険金請求歴（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。
過去3年以内に病気・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。

 保険金請求歴有

保険会社

回数【半角数字】

 回

合計請求金額【半角数字】

 円

保険金請求歴がある場合は口にチェックしてその他内

次へ

「次へ」をクリック

他の保険契約がある場合は口にチェック

他の保険契約がある場合は入力。
他の保険契約がない場合は全て空白。

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

重要事項のご説明

重要事項のご説明を必ずお読みいただき、チェックをして次にお進みください。

重要事項のご説明

重要事項
のご説明

重要事項のご説明の内容を確認しました。

重要事項説明を確認後に
チェック。

クリックして重要事項説明を確認。
※クリックしないと右のチェック欄が活性化しません。

次へ

「次へ」をクリック

[1 お申込み >](#)[2 告知 >](#)[3 重要事項 >](#)[4 確認 >](#)[5 完了](#)

お申込み手続き途中での中断機能（保存機能）はございません。
入力にお時間がかかる場合は、お手数ですが最初からお申込み手続きを行ってください。

お申込み内容確認

まだお手続きは完了しておりません。

(注) ブラウザの印刷機能で当画面を印刷のうえ、保管ください。

お申込み内容をご確認のうえ、画面下の「申し込む」ボタンを押してください。

お申込み内容

団体名	公益社団法人 全国子ども会連合会
単位子ども会名	
単位子ども会コード	

所属名	
所属コード	
申込人氏名カナ	アイワイ
申込人氏名漢字	あいおい太郎
団体コード(5ケタ)	PL5E2
郵便番号	1500053
住所(漢字)	東京都渋谷区恵比寿1-28-1
住所(カナ)	トキョウトシブヤクエビス1-28-1
電話番号	0312345678
加入区分	新規加入
申込日	令和2年3月2日

被保険者氏名カナ	アイイダの
被保険者氏名漢字	あいおい次郎
続柄	その他親族
生年月日	平成25年1月1日
年齢	7
性別	男性
セット名(プラン名)	B2 (2人型:日常生活賠償無)
月払保険料	1,700円

※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項目(告知項目)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、十分にご確認ください。

※健康状態告知書質問事項

	なし		0円
--	----	--	----

※他の保険契約等		傷害死亡・後遺障害 保険金額	
傷害入院 保険金日額	0円	傷害通院 保険金日額	0円
疾病入院 保険金日額	0円	がん入院 保険金日額	0円
保険金請求歴	なし	保険会社	
回数	0回	合計請求金額	0円

お申込み後の補償対象外となる疾病等については、
下の「申し込む」を押した上で「申込対象者選択」画面の今回加入プランの「特定疾病
対象外」欄をご確認ください。

戻る

申し込む

「申し込むをクリック」

1 お申込み >

2 告知 >

3 重要事項 >

4 確認 >

5 完了

申込手続き完了

お申込みが完了しました。

登録したメールアドレスに申し込み完了のご案内が届きます。

※掛金の払込が完了しないと保険の効力が開始しませんので必ず期限までに下記口座に振込みください。(振込手数料は加入者様のご負担となりますのでご了承ください。)

**： 2020年7月31日までに下記の全国子ども会連合会の
ゆうちょ銀行 振替口座まで払込みください。**

■ゆうちょ銀行から振り込まれる方⇒「全子連自転車保険口 00140-9-648471」

■ゆうちょ銀行以外から振り込まれる方⇒「オール（ゼロイチキョウ）店（019）当座 0648471」

このサイトは保険商品をご案内するインターネットサイトです。

(2020年1月承認) GB19D011326