

おぢばがえり団参保険(国内旅行傷害保険)

株式会社TRMジャパン
令和7年12月

申込方法

1. 申込書・通知書にご記入の上、ご出発日までに代理店宛にメールをお送り下さい。
補償プラン、通知書に変更がある場合も出発日までに再送して下さい。
2. 出発日頃に保険料お支払のご案内をメールでお送り致しますので、
出発日の翌月10日までに最寄の郵便局にてお支払下さい。

保険料:1名1口あたり

日程		3泊4日まで	6泊7日まで	13泊14日まで	1ヶ月まで
保険金額	死亡後遺障害	304万円			
	ケガの入院	日額 2,000円			
	ケガの通院	日額 1,000円			
	手術保険金	イ. 入院中に受けた手術の場合:入院保険金日額2,000円×10倍 ロ. イ以外の場合:入院保険金日額2,000円×5倍			
	賠償責任保険金	3,000万円			
	その他	旅行行程中の食中毒(0-157など)もお支払対象となります			
保険金をお支払する場合	死亡後遺障害	ケガが原因でその日を含めて180日以内に死亡または後遺障害が生じた場合にお支払します			
	入院	ケガが原因でその日を含めて180日以内に入院した場合に180日を限度としてお支払します			
	通院	ケガが原因でその日を含めて180日以内に通院した場合に90日を限度としてお支払します			
保険料		200円	233円	324円	532円

※ 注意事項 ※ 必ずお読み下さい

- 電話によるお問合わせは、必ず「団参保険の件で、〇〇分教会の担当〇〇です」と先にお伝えください。
- 補償プランや参加者に変更があった場合は必ず申込書・通知書をメールにてご再送下さい。
- 上記保険料は1名1口あたりの保険料です。2口にすると各補償は2倍になり、保険料も2倍になります。
- 口数が未記入の場合は1口とみなします。申込書の項目はすべてご記入頂きます様お願い致します。
- 団参保険ですが、行き先は天理以外でも使用可能です。その他の欄に行き先をご記入下さい。

事故やその他お問い合わせ

【取扱代理店】

〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南3-46-2
三井住友海上火災保険株式会社 代理店 TRMジャパン
TEL:03-3392-8392
MAIL: dansan@trmj.co.jp

※事故時は30日以内にご報告下さい

上記保険料表は保険のごく一部を抜粋したものです。保険金の支払条件その他この保険の詳細につきましては取扱代理店または三井住友海上火災保険株式会社へお問い合わせ下さい。

()月分国内旅行傷害保険包括契約通知書

通 年 月 日
 通 年 月 日 ~ 年 月 日

証券番号 _____ ページ _____ / _____

見本

三井住友海上火災保険株式会社 宛

★ 保険契約者

印

国内旅行傷害保険包括契約特約書の規定により、下記のとおり通知いたします。

* 記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)

* 通知していただいた内容が事実と異なっている場合、後日、保険料の追加請求や返還が必要となることや、保険金が削減されることがありますので、正確に記入してください。

番号	★被保険者		性別 年齢	旅行行程 (旅行先)	★保険期間	★死亡・後遺障害 保険金額	★入院保険金額	★通院保険金額	★	★▲※死亡保険金受取人指定・同意欄 (指定する場合のみ記入) ※特に定めのない場合には、傷害死亡保険金受取人は被保険者の法定相続人 被保険者署名。	合計 保険料
	氏名	住所				保険料	保険料	保険料	保険料		
1	氏名 三井 太郎		男		2026年 4月 26日から						200 円
	住所		30才		2026年 4月 28日まで 期間[3日]間						
2	氏名 三井 花子		女		2026年 4月 20日から						233 円
	住所		55才		2026年 4月 26日まで 期間[7日]間						
	氏名										0 円
	住所										
<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px; display: inline-block;"> ※ 2口ご利用の場合 2名様分 ご記入ください。 ↓ ↓ </div>											
5	氏名 三井 伸之輔		男		2026年 4月 26日から						200 円
	住所		34才		2026年 4月 28日まで 期間[3日]間						
6	氏名 三井 伸之輔		男		2026年 4月 26日から						200 円
	住所		34才		2026年 4月 28日まで 期間[3日]間						
	氏名				年 月 日から						0 円
	住所				年 月 日まで 期間[]間						
備考					総合計 (このページ)	0千円	0円	0円	0千円	(注)【死亡保険金受取人の指定に関する同意】 死亡保険金は上記受取人に支払われることに同意します。企業等の傷害保険金 受取に関する特約または保険金の支払先に関する特約をセットする場合は、後遺 障害、入院・手術、通院保険金およびこの特約により死亡保険金受取人に支払う 旨が規定されているその他の保険金を含みます。	0 円
						0千円	0円	0円	0千円		

見本の赤文字以外の表記は不要です。
 参加者の番号、氏名、性別、年齢、保険期間、保険料のみ
 ご記入またはご入力をお願い申し上げます。

この保険契約に関する個人情報について、当社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

()月分国内旅行傷害保険包括契約通知書

通知日 : 年 月 日
 通知対象期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

証券番号 _____ ページ 1 / _____

三井住友海上火災保険株式会社 宛

★ 保険契約者 _____ 印

国内旅行傷害保険包括契約特約書の規定により、下記のとおり通知いたします。

* 記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)

* 通知していただいた内容が事実と異なっている場合、後日、保険料の追加請求や返還が必要となることや、保険金が削減されることがありますので、正確に記入してください。

番号	★被保険者	性別 年齢	旅行行程 (旅行先)	★保険期間	★死亡・後遺障害 保険金額	★入院保険金日額 保険料	★通院保険金日額 保険料	★	★▲死亡保険金受取人指定・同意欄 (指定する場合のみ記入)	合計 保険料
					★	★	★	★		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
備考				総合計	0千円	0円	0円	0千円	(注)【死亡保険金受取人の指定に関する同意】 死亡保険金は上記受取人に支払われることに同意します。企業等の傷害保険金 受取に関する特約または保険金の支払先に関する特約をセットする場合は、後遺 障害、入院・手術、通院保険金およびこの特約により死亡保険金受取人に支払う 旨が規定されているその他の保険金を含みます。	0
					0千円	0千円	0千円	0千円		

この保険契約に関する個人情報について、当社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

()月分国内旅行傷害保険包括契約通知書

通知日 : 年 月 日
 通知対象期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日
 三井住友海上火災保険株式会社 宛

証券番号 _____ ページ 2 / _____

★ 保険契約者 _____ 印

国内旅行傷害保険包括契約特約書の規定により、下記のとおり通知いたします。
 * 通知していただいた内容が事実と異なっている場合、後日、保険料の追加請求や返還が必要となることや、保険金が削減されることがありますので、正確に記入してください。

番号	★被保険者	性別 年齢	旅行行程 (旅行先)	★保険期間	★死亡・後遺障害 保険金額	★入院保険金日額 保険料	★通院保険金日額 保険料	★	★▲死亡保険金受取人指定・同意欄 (指定する場合のみ記入)	合計 保険料
					★	★	★	★		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
備考				総合計	0千円	0円	0円	0千円	(注)【死亡保険金受取人の指定に関する同意】 死亡保険金は上記受取人に支払われることに同意します。企業等の傷害保険金 受取に関する特約または保険金の支払先に関する特約をセットする場合は、後遺 障害、入院・手術、通院保険金およびこの特約により死亡保険金受取人に支払う 旨が規定されているその他の保険金を含みます。	0
					0千円	0千円	0千円	0千円		

この保険契約に関する個人情報について、当社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。

()月分国内旅行傷害保険包括契約通知書

通知日 : 年 月 日
 通知対象期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日
 三井住友海上火災保険株式会社 宛

証券番号 _____ ページ 3 / _____

★ 保険契約者 _____ 印

国内旅行傷害保険包括契約特約書の規定により、下記のとおり通知いたします。
 * 通知していただいた内容が事実と異なっている場合、後日、保険料の追加請求や返還が必要となることや、保険金が削減されることがありますので、正確に記入してください。

番号	★被保険者	性別 年齢	旅行行程 (旅行先)	★保険期間	★死亡・後遺障害 保険金額	★入院保険金日額 保険料	★通院保険金日額 保険料	★	★▲死亡保険金受取人指定・同意欄 (指定する場合のみ記入)	合計 保険料
					★	★	★	★		
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
	氏名	才		年 月 日から	千円	円	円	千円	死亡保険金受取人氏名(か記入) 受取人住所	0
	住所			年 月 日まで	千円	千円	千円	千円		
期間[]間					円	円	円	円	死亡保険金受取人指定に関する同意(注)<被保険者の署名欄> 同意日 年 月 日 自署	被保険者との関係
備考	総合計				0千円	0円	0円	0千円	(注)【死亡保険金受取人の指定に関する同意】 死亡保険金は上記受取人に支払われることに同意します。企業等の傷害保険金 受取に関する特約または保険金の支払先に関する特約をセットする場合は、後遺 障害、入院・手術、通院保険金およびこの特約により死亡保険金受取人に支払う 旨が規定されているその他の保険金を含みます。	0
					0千円	0円	0円	0円		
					0千円	0千円	0千円	0千円		
					0円	0円	0円	0円		

この保険契約に関する個人情報について、当社がこの保険引受の審査および履行等のために利用することに同意のうえ、ご記入ください。ただし、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人 日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。詳細については、当社ホームページ(<https://www.ms-ins.com>)をご覧ください。