

①お手続きサイトから、**所属会社欄を選択**する

アクセスありがとうございます。

[ご案内]

- お手続きの際には、「お手続き先」を必ずご確認ください。
- 団体保険のお手続きは「お手続きはこちら」ボタンをおしてください。
- 保険期間中の事故時の連絡先等は「ご加入者向け専用情報サイト」をご確認ください。

- 出向者の方は、出向元をご選択ください

募集期間：(未定)

団体保険期間：(未定)

医療保険
けがの保険

お手続き先

京セラの皆様

団体保険お手続きサイト

お手続きはこちら >

ご加入者向け専用情報サイト
(事故時の連絡先等の各種連絡先)

▶ 事故時の連絡先等はこちら

ゴルファー保険
介護保険

京セラの皆様

お手続き先

ゴルファー保険のご加入

団体保険お手続きサイト

お手続きはこちら >

ご加入者向け専用情報サイト
(事故時の連絡先等の各種連絡先)

▶ 事故時の連絡先等はこちら

介護保険のご加入

お手続きはこちら >

▶ 事故時の連絡先等はこちら

②本人確認項目を入力し、「上記の内容で登録する」をクリック

団体保険制度お手続きサイト

アクセスいただきありがとうございます。
お客様のお名前、生年月日等をご入力ください。

お名前

漢字
例:東海 太郎

フリガナ
例:トウカイ タロウ

生年月日

平成 年 年 月 日

社員コード

ご不明点等ございましたら、こちらまでお問い合わせください。 ●

上記の内容で登録する >

③「メールアドレス」を入力する

団体保険制度お手続きサイト

ログインIDとパスワードをメールでお送りしますので、メールアドレスをご入力ください。

メールアドレス
例：abc@def.co.jp
 @

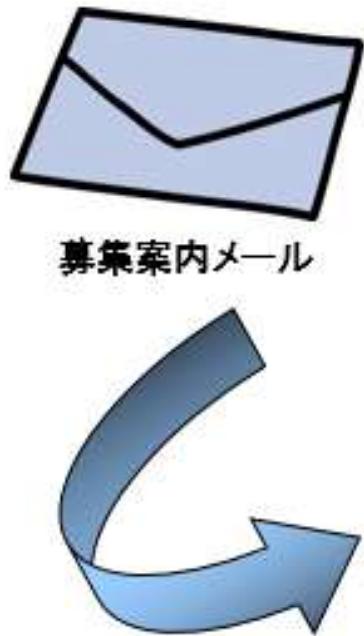
確認用
 @

※確認用に同じメールアドレスをご入力ください。

ドメイン指定（受信拒否設定）を行っている場合は、必ず「@tmnf.jp」からのメールを受信可能に設定してください。設定しない場合、パスワードなどのご連絡メールをお届けできない場合があります。

＜ 戻る 次へ進む ＞

④募集案内メールから、ID/PWを入力してログイン



団体保険制度お手続きサイト

アクセスいただきありがとうございます。
ログインID、パスワードをご入力ください。
※フルアルファベットの大文字小文字の混在にご注意ください。

ログインID: ログインIDを忘れた場合は

パスワード: パスワードを忘れた場合は

本システムをご利用される前に、
ご利用条件・個人情報の取扱い・セキュリティについて、必ずご確認ください。
本システムで表示されるポップアップメッセージの中に、「ダイアログを表示しない」等のメッセージが表示されることがあります。「ダイアログを表示しない」を選択すると、それ以後ポップアップメッセージが表示されなくなります。ただし、確認用の「OK」もしくは「キャンセル」を押してください。
ご利用の端末により表示メッセージが変わるために、詳細はご利用条件をご覧ください。

この保険は、会員の方は会員をご契約者とし、その構成員等を保険の対象となる方（会員の配偶者等）となります。

ご加入いただいた方は、ご契約者である会員または会員の構成員のみとなります。

クリック

ログイン >

Copyright © Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

⑤「お手続きはこちらから」ボタンをクリック

メリット
1 割安な保険料！

の割引！

- ◆団体割引：3.0%適用
- ◆損害率による割引：1.5%適用
- ◆大口団体契約割引：1.0%適用（ゴルファー保険の傷害補償部分のみに適用）

募集期間

お手続きはこちらから >

申込締切

団体保険期間

保険料払込方法

お手続きについて

- お手続きにあたっては、「重要事項説明書」をご確認ください。
- 既にご加入の方へ 今回募集する内容に一部改定があります。詳細は「こちら」をご確認ください。

(※) 加入者保険期間は団体保険期間と異なる場合があります。詳しくはご加入内容の確認画面でご確認ください。
代理店：京セラインター・ナショナル（株） 引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

07E1-GN01-B13093-202402

⑥補償変更する場合は「補償を見直す」ボタンをクリック

住所等の情報のみを変更する場合は「補償を確定し次へ進む」をクリック

一時保存 ログアウト

補償の選択 健康状態の告知 お客様情報の入力 (お名前・ご住所等) ご加入内容の確認 加入手続きの完了

加入内容をご確認のうえ、補償を見直してください。

保険の対象者となる方（被保険者）の範囲（下表の「型」の内容）は、こちらをご確認ください。

ご加入者向けサービスのご案内

本人	被保険者・1回分保険料（月払） 3,000 円
+ 被保険者を追加	加入中 タイプ 1SAL／本人型 口数 1／保険料 3,000円

補償を見直す

・前年同等プランで更新される場合には、次画面以降のお手続きをしていただかなくても自動的にご加入内容が更新されます。
その場合は画面右上のログアウトボタンでお手続きを終了してください。

戻る

ご利用条件 個人情報の取扱い セキュリティについて 重要事項説明書 よくあるご質問 お問い合わせ先 保険会社

加入者・1回分合計 保険料（月払）	前年同等プラン 3,000 円	今回ご選択プラン 3,000 円	補償を確定し次へ進む >
----------------------	--------------------	---------------------	--------------

⑦お客様情報の「ご住所」を入力し、「次へ進む」をクリック

ご住所

郵便番号
例：100-0001

〒 - 住所検索

漢字
例：東京都千代田区丸の内 1-1-1

例：東海マンション 101号室

※丁目・番地・マンション名等も必ずご入力ください。

カナ
例：トウキヨウトチヨダクマルノウチ 1-1-1

例：トウカイマンション 101ゴウシツ

※丁目・番地・マンション名等も必ずご入力ください。

⑧入力内容確認し、「内容を確定する」をクリック

補償の選択 健康状態の告知 お客様情報の入力 (お名前・ご住所等) **ご加入内容の確認** 加入手続きの完了

お手続き内容を確認してください。

⚠ ★または※が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を回答しない場合はご加入を解除することがあります。また、※が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

加入依頼日	2024年1月30日
加入者保険期間	2024年1月30日 - 2025年1月30日
加入のお申込みをされるお客様（ご加入者）	
医療補償	
保険の対象となる方（被保険者）本人	
告知日（ご入力日）	2024年1月30日
★健康状態に関するご回答	質問 1 なし 質問 2 なし 質問 3
補償対象外となる病気・症状 □	

＜ 戻る **内容を確定する** ＞