

2024年度スバルチョイス

WEB-Enter

WEB画面操作 マニュアル

募集期間

2024年4月1日～4月19日



SUBARU

1 ログイン方法 2

2 加入手続き

(1) トップページ	4
(2) 加入者情報の登録	5
(3) 被保険者登録・プランの選択	
・既にご加入いただいている方	6
(4) 健康告知/確認・告知事項	7
(5) ご加入内容および重要事項のご確認/お申込	14
(6) お申込手続き完了	15
(※) お申込内容の確認画面 (加入者カード).....	18

※2022年度より加入者カードの紙交付が廃止となりました。

**ご継続いただいた最新の内容は6月15日(木)以降
Web画面にてご契約内容をご確認いただけます。**

1 ログイン方法

1 代理店ホームページにアクセスします。

スバルファイナンス

検索

2 代理店ホームページから、トップ画面の右上の「会社情報（ブルーバックのボタン）」をクリックします。



3 「事業紹介」から「保険事業」をクリックします。



4 「スバルチョイス」をクリックします。



5 「SUBARU特約店向けスバルチョイス」のポップが表示されます。

「加入内容照会」をクリックします。



6 リダイレクト画面が表示されます。

「はい」ボタンをクリックします。



【ログイン】画面

7 ログイン情報を入力します。

会社コード： 特約店名をプルダウンから
選択します。

ログインID： 職員番号を入力します。

パスワード： 生年月日 8桁

入力後、画面下の[ログイン]
ボタンをクリックします。

ログイン

団体契約WEB手続きサイトへログインします。
従業員番号・パスワードを入力してください。
(注意) 入力できる文字は半角英字と数字のみ
です。

システムメンテナンスに伴うサービス停止時期のお知らせ

特約店名
(未選択)

ログインID (従業員番号)

パスワード

ログイン

加入手続き

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

2 加入手続き

(1)【トップページ】画面

この画面では、募集期間、保険期間など募集に関するご案内を掲載しています。

既に参加されている方

現在のご加入内容の確認と、お申込内容変更手続きをすることができます。

お申込内容の変更手続きをする場合、[お申込手続き]ボタンをクリックします。

※募集期間外は非活性になります。

The screenshot shows the SOMPPO Holdings website interface. The header includes a menu icon, the text 'SOMPPOホールディングス', and a 'ログアウト' button. The main content area features an illustration of a busy office with people working at desks, a laptop, a lightbulb, and a bus. To the right of the illustration, there is a text block with the following content:

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp>) に掲載の個人情報の取扱いを確認し、
加入者以外の方（被保険者等）より必要な同意を得たうえで、保険契約に關
する個人情報の取扱いに同意いただきお申込みください。
お手続きできる期間など、募集にあたってのご案内を掲載しています。

Below this text, there are three sections with details:

- 保険期間**
2024年6月1日から2025年6月1日まで
- 控除開始月**
2024年7月給与から毎月控除になります
- 被保険者の範囲**
スバル特約店にお勤めの皆様ならびにそのご家族

At the bottom of these sections are two buttons: 'お申込内容の確認' and 'お申込手続き'.

At the very bottom of the page, there is a small footer with the text: 'お問い合わせ先 | 重要事項等説明書 | 必ず確認！ | © 2021 Sompo Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.'

ご注意

[お申込内容の確認]ボタンは、すでにお申込みいただいている方のみ、ボタンが表示されます。
[お申込内容の確認]画面から、内容の変更画面に遷移することも可能です。

⇒p.17へ

加入手続き「加入者情報の登録」

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

(2)[加入者情報の登録]画面

保険加入のお申込をされる方の情報を登録・変更することができます。

【必須】の記載がある項目は、すべてご回答ください。

※半角カナ小文字は入力できませんので、ご注意ください。<例：トキヲ (×) → トキヲ (○)>

1 加入者情報の入力を行います。

The screenshot shows the '加入者情報' (Member Information) registration screen. The page has a green header with the SOMPONA logo and a navigation bar with four steps: 1. 加入者情報の登録 (Member Information Registration), 2. 被保険者登録プランの選択 (Select Insured Person Plan), 3. 健康告知確認・告知事項 (Health Declaration Confirmation/Notification Items), and 4. 加入内容・重要事項 (Joining Content/Important Items). The main content area is titled '加入者情報' and contains several input fields: '所属番号' (11111111), '系統コード' (A00001), '加入者番号' (empty), 'ご加入者名 (姓)' and 'ご加入者名 (名)' (empty), 'ご加入者名 (姓)' and 'ご加入者名 (名)' (empty), '生年月日' (Year, Month, Day), '性別' (Gender), '郵便番号' (Postal Code), '住所 (住所)' (Address) with fields for '都道府県市区町村 (全角)' and '丁目・番地等 (全角)', '建物名等 (全角)', 'ご携帯 (携帯)' (Mobile) with fields for '都道府県市区町村(計)' and '丁目・番地等(計)', '建物名等(計)', 'メールアドレス' (Email Address), and 'Eメールアドレス (必須)' (Required Email Address). At the bottom, there is a green bar with buttons for '戻る' (Back), '一時保存' (Save Temporarily), and '次へ' (Next). A red box highlights the '次へ' button, and a red arrow points to it from the text below.

2 入力後、[次へ]ボタンをクリックします。



※脱退される方は脱退ボタンをクリックします。

(3)被保険者登録・プランの選択

既に参加されている方

加入手続き「被保険者登録・プランの選択」

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

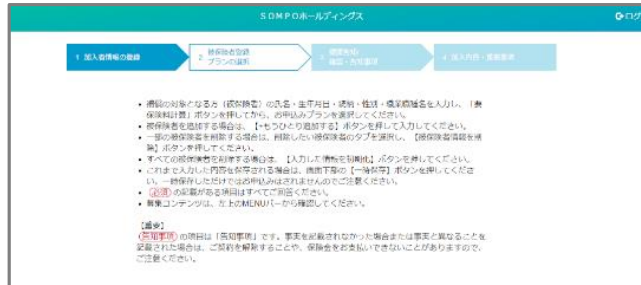
3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

(3)【被保険者登録・プランの選択】画面

この画面では、被保険者情報の入力と、加入するプランを選択します。

1 画面を下にスクロールします。





2 被保険者情報を確認し、変更や未入力事項がある場合は、入力します。

The screenshot displays a form titled 'プランを選択したい方のタブをクリックしてください' (Click the tab of the plan you want to select). The form includes a user profile section at the top with a name and a membership ID. Below this, there are two columns of input fields for adding insured persons. Each column has a toggle switch for 'ご加入者と被保険者は同じですが' (The person you are adding and the insured person are the same). The fields include: Name (姓), Name (名), Surname (姓), Given name (名), Birth date (年, 月, 日), Gender (本人, 女性), and Insurance card number (番号). A '+もうひとり追加する' (Add another) button is located at the top right of the form.

3 再度画面を下にスクロールします。

ポイント

- ・被保険者を追加する場合は、一番右のタブの[+もうひとり追加する]をクリックします。
※管理パネルにて「被保険者タブ追加」を「なし」に設定している場合は、被保険者追加はできません。
- ・  を押下すると、入力内容を保存します。※申込は完了していません。
- ・被保険者を削除する場合は、  被保険者情報を削除 にチェックします。

加入手続き「被保険者登録・プランの選択」

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

- ④ 初期値は現在ご加入中のプランが[選択中]になっています。
各プランの補償内容・保険金額を確認し、加入するプランの[選択する]ボタンをクリックします。
必要に応じて「口数」を入力します。

前年固条件 コース SN17	GA10	GA15
18歳以上 300円	18歳以上 470円	18歳以上 530円
保険料表	保険料表	保険料表
がん入院保険金日額 8,000円	1万円	1.5万円
がん手術保険金 4万円～32万円	5万円～40万円	7.5万円～60万円
がん退院一時金 -	10万円	15万円
がん診断保険金 100万円	▼ 詳細を開く	300万円
口数 (必須)	1	1
選択中	選択する	選択する
※選択を削除する		

ポイント

【詳細を開く】をクリックすると、全ての補償内容が確認可能です。

▼ 詳細を開く

ポイント

- ・選択中のプランをキャンセルする場合は、「×選択を削除する」をクリックします。
- ・条件付きでのお引き受けの場合、[条件の詳細を確認] ボタンをクリックすることで内容が確認できます。

現在条件付きでのご加入となっています 条件の詳細を確認

- ⑤ プランの入力が終了したら、画面を上スクロールします。

- ⑥ [次へ]ボタンをクリックします。



- ・健康告知ありの方 (※) ⇒ p.8へ
- ・プラン変更、健康告知なしの方 ⇒ p.11へ

※医療保険や所得補償保険など、健康告知が必要な種目に新たに加入された場合や、補償内容を追加された場合

(4) [健康告知/確認・告知事項]画面 「健康状態に関する告知」をいただく前に

健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいことと、告知書の個人情報の取り扱いに関する事項を記載しています。

- 1 ポップアップ画面を下にスクロールし、健康告知・個人情報の取り扱いについて確認します。

健康告知/確認・告知事項

「健康状態に関する告知」をいただく前に

所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体用医療保険にご加入される方へ健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいことと、個人情報の取扱いに関する事項を記載しています。

どちらもご確認いただき、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人（加入者）、告知者、被保険者ともに同意いただける場合は、**下部の【同意しました】ボタンを押して告知画面に進んでください。**

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

正しく告知していただくことは大変重要です。

個人情報の取扱いに関する事項

- 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。
- 損保ジャパン（以下、「当社」と言います。）は、本契約に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①から⑤まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

[▼ 詳細を開く](#)

保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）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。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。また、取扱代理店または当社営業店までお問い合わせ願います。

加入者および被保険者等は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。

(S J N K 19 - 00412 : 2019年10月25日作成)

同意しました

キャンセル

- 2 ご同意いただける場合は、[同意しました]ボタンをクリックします。

加入手続き「健康告知/確認・告知事項」 健康告知ありの場合

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

(4) [健康告知/確認・告知事項]画面 健康状態に関する告知

① 画面を下にスクロールします。

健康告知/確認・告知事項

健康状態に関する質問事項にご回答ください。【ご確認・ご入力いただく事項】をクリックすると解説が表示されます。

- ・疾病・症状名が不明な方は、疾病・症状名が判明してから、検査等の結果が判明していない方や要再検査の指摘を受けた方は、結果が判明してからお申込みください。
- ・健康診断・がん検診・人間ドックを受けていて、異常（要再検査・要精密検査・要治療を含みます。）を指摘されている場合は、医師の診察を受けたのち、具体的な疾病・症状名が判明してからお申込みください。

次の事項には、特にご注意ください。

② 「★告知の入力」欄で、健康事項に関する質問に対し [はい] または [いいえ] ボタンのいずれかをチェックします。
※表示されている質問に対し、すべての被保険者の回答をすると、次の質問が表示されます。

★告知の入力

I Q 疾病・症状一覧表

告知日から過去2年以内に、「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。

医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察を含みます。

ご確認・ご入力いただく事項

はい いいえ

③ すべての質問を入力してから、[次へ]ボタンをクリックします。
(質問の数は、加入内容により異なり、最大で8問あります。)

★ Q 2 ※で「はい」と回答した方 ⇒ p.10へ

★ それ以外の方 ⇒ p.11へ

I Q

告知日現在、入院中ですか。
または告知日以降に入院もしくは手術※の予定がありますか。

※ 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。

ご確認・ご入力いただく事項

はい いいえ

次へ

※ Q 2 …告知日から過去2年以内に、「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。

ポイント

質問の数は、加入内容により異なります。

加入手続き「健康告知/確認・告知事項」 健康告知ありの場合

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

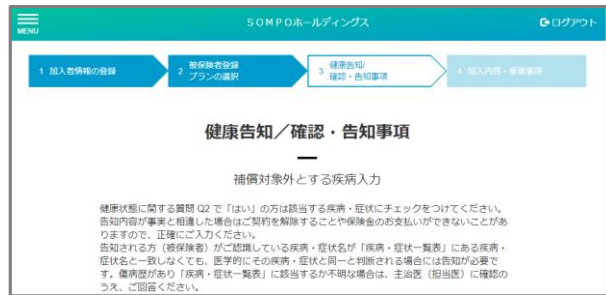
3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

(4) [健康告知/確認・告知事項]画面 補償対象外とする疾病入力

Q 2で「はい」と回答した方は、補償対象外とする疾病入力画面へ遷移します。

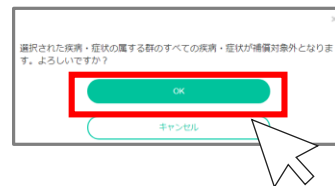
① 画面を下にスクロールします。



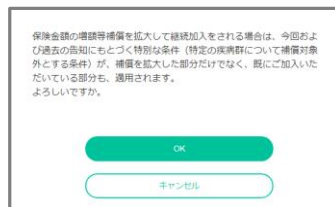
② 該当する疾病群の▼をクリックすると、詳細な疾病が表示されるので、その中から該当する疾病にチェックします。



③ 右図の確認メッセージが表示されます。内容をご確認のうえ、[OK]を押すか、[キャンセル]ボタンをクリックし、取扱代理店へお問い合わせください。



④ 現在、条件付きでのお引き受けとなっている場合は、右図の確認メッセージも表示されます。



⑤ 確認し、[次へ] ボタンをクリックします。

加入手続き「健康告知/確認・告知事項」

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

(4)[健康告知/確認・告知事項]画面 確認・告知事項

この画面では、加入手続きを行う上での確認・告知事項を入力します。

① 画面を下にスクロールします。

ご加入者氏名	リホ 知0
ご加入者氏名<漢字>	
明細整理番号5	A00001
明細整理番号2	22222222
加入者番号	5302803

② 加入者の住所と被保険者の住所について、[はい]または[いいえ]ボタンのいずれかをチェックします。[はい]の場合、「被保険者名」「住宅所在地」を半角カナで入力します。

※携行品損害補償特約(OP1型・OP2型)を付帯する場合のみ、表示されます。

Q1 加入者の住所と被保険者の住所が異なりますか？

※以下のいずれかに該当する場合のみ「はい」をご指定ください。

- ・住宅内生活用動産補償特約をセットする場合で、保険の目的とする生活用動産を収容する住宅が加入者の住所と異なる場合。
- ・携行品損害補償特約をセットする場合で、被保険者の住所が加入者の住所と異なる場合。
- ・借家人賠償責任補償特約をセットする場合で、被保険者の住所が加入者の住所と異なる場合。

被保険者名(カ)

住宅所在地(カ)

削除する

加入手続き「健康告知/確認・告知事項」

1 加入者情報の登録

2 被保険者登録
プランの選択

3 健康告知/
確認・告知事項

4 加入内容・重要事項

- 3 現在加入されている他の保険契約について、[はい]または[いいえ]ボタンのいずれかをチェックします。
[はい]の場合、「被保険者名」「会社名」「保険種類」を半角カナで入力します。

告知事項

Q2 現在、他の保険契約等に加入されていますか？

はい いいえ

・他の保険契約の加入がある場合、保険会社名、保険種類、保険金額等についてご入力ください。
・終身保険等で満期日がない場合は、終身欄にチェックを入力してください。
他の保険契約等とは

※半角カナ 20文字まで入力可能

※被保険者名(か)

※会社名(か)

※保険種類(か)

- 4 確認・告知事項を確認のうえ、[次へ]ボタンをクリックします。

戻る

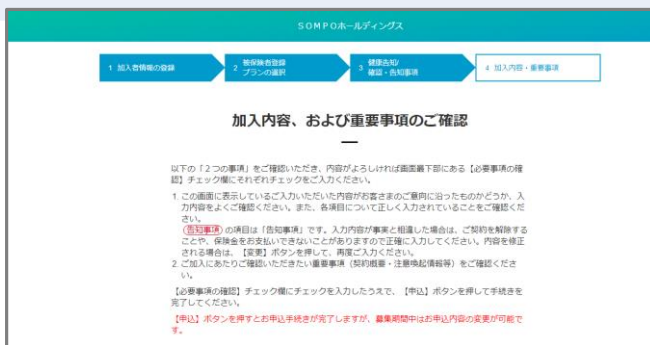
次へ

1回分合計保険料
3,360円

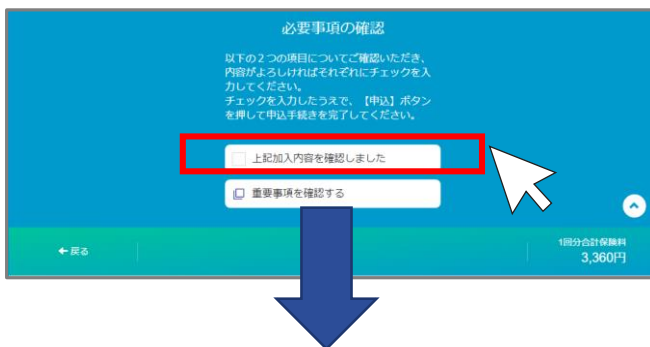
お問い合わせ先 | 重要事項等説明書 | よくあるご質問 | © 2021 Sompo Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.

(5) [加入内容および重要事項のご確認/申込]画面

① 画面を下にスクロールします。



② 「1. 加入内容のご確認」について内容に問題がなければ、
[上記加入内容を確認しました]
にチェックします。



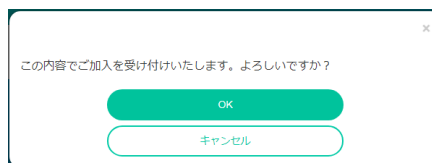
③ 「2. 重要事項等のご確認」について
「重要事項を確認する」ボタンをクリックし別ウィンドウで表示された内容を確認します。

④ 内容を確認したら、元の画面に戻ってください。
※[確認しました]にチェックが入っています。



⑤ [申込]ボタンをクリックします。

⑥ 右図メッセージが表示されますので、よろしければ
[OK] ボタンをクリックします。



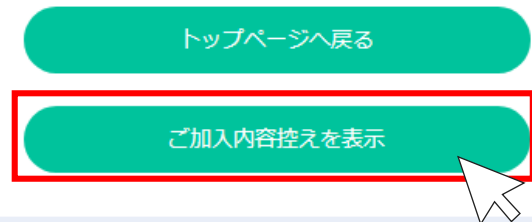
(6)[お申込手続き完了]画面

[申込]ボタンをクリックすると、ご契約内容は確定されますが、募集期間中はいつでも変更可能です。募集期間終了時点の登録内容でのお申込となります。



健康状態に関する告知なしの方

- [ご加入内容控えを表示]ボタンをクリックし、内容をご確認ください。



健康状態に関する告知ありの方

- [ご加入内容控えを表示]ボタン、[告知書を表示]ボタンをクリックし、内容をご確認ください。



ボタンをクリックして、画面を終了してください。

加入手続き「お申込手続き完了」

[トップページ]画面

※再度ログインして、ご加入依頼内容控と告知書控を印刷することができます。

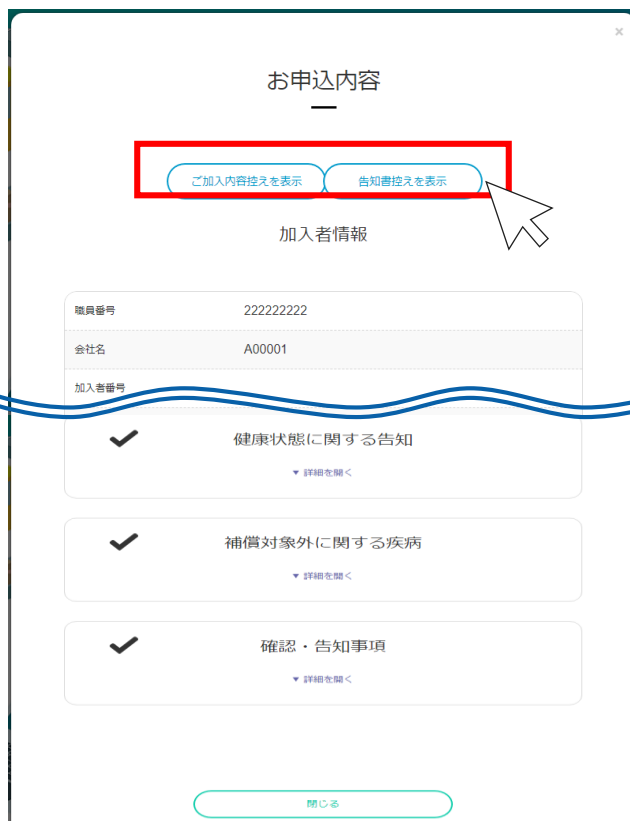
- 1 お申込内容の確認をする場合、[お申込内容の確認]ボタンをクリックします。



ご注意

[お申込内容の確認]ボタンは、すでにお申込いただいている方のみ、ボタンが表示されます。お申込完了後、ご利用ください。

- 2 [ご加入内容控えを表示]
[告知書控えを表示]ボタンを
クリックし、内容をご確認ください。
※前ページの要領で、
印刷してください。



- 3

終了

ボタンをクリックして、画面を終了してください。

※既にご加入いただいている方 「お申込内容の確認」

加入者カード（見本）

作成日 2024年3月11日

団体交通傷害保険 加入者カード



損害保険ジャパン株式会社

(加入者住所・氏名)
 -
 リポ° 知° 様

所属名	
所属コード	00070200
職員番号	10915

団体交通傷害保険にご加入いただき、ありがとうございます。
 ご加入いただいた内容は下記のとおりになっておりますので、ご確認のうえ大切に保管してください。
 ご不明点などございましたら、取扱代理店までお問い合わせください。

お申込みいただいた内容を表示しています。
 ご加入プランは該当の被保険者氏名を押すと確認出来ます。
 内容の変更をご希望の方はトップページのお問い合わせ先までお問い合わせください。

★契約情報

証券番号	912415A655	加入者一回分合計保険料	500円
団体名称	スバルチョイス	加入者番号	AAAAAAA
保険期間	2024年6月1日から1年間		

★加入内容

被保険者連番		1		被保険者番号		A0000VDC92	
被保険者氏名		生年月日		職業		補償対象外とする疾病	
リポ° 知°							
型	口数	1回分 保険料 (円)	払込方法	種目	補償内容		特約
A	1	100	12	普傷	死亡・後遺障害保険金 (本人)	380万円	天災危険補償
					入院保険金日額 (本人)	6000円	
					手術保険金 (本人)	3万円～6万円	
					通院保険金日額 (本人)	4000円	
B	1	400	12	普傷	死亡・後遺障害保険金 (本人)	290万円	天災危険補償
					入院保険金日額 (本人)	2000円	特定感染症 (自費対象外)
					手術保険金 (本人)	1万円～2万円	
					通院保険金日額 (本人)	1000円	

被保険者連番		2		被保険者番号		A0000VDCA1	
被保険者氏名		生年月日		職業		補償対象外とする疾病	
リポ° 知°		昭和32年4月25日					
型	口数	1回分 保険料 (円)	払込方法	種目	補償内容		特約
A	1	100	12	普傷	死亡・後遺障害保険金 (本人)	380万円	天災危険補償
					入院保険金日額 (本人)	6000円	
					手術保険金 (本人)	3万円～6万円	
					通院保険金日額 (本人)	4000円	
B	1	400	12	普傷	死亡・後遺障害保険金 (本人)	290万円	天災危険補償
					入院保険金日額 (本人)	2000円	特定感染症 (自費対象外)
					手術保険金 (本人)	1万円～2万円	
					通院保険金日額 (本人)	1000円	