

ねんりんピック岐阜2025 健康等に関する誓約書

様式 - 36	
地域コード	11

ねんりんピック岐阜2025実行委員会
会長 江崎 禎英 様

私は、ねんりんピック岐阜2025（以下「大会」という。）への参加に当たり、大会参加中の不慮の負傷・疾患や生命に関する重大な事故等は、自分の責任として対応します。

また、大会への参加に備え、必要に応じて医師の診断を受けるなど、体調にも万全を期すると共に、緊急時等に迅速な救急対応が実施できるよう、最新の健康状態等について、選手団IDカードに記入し、大会期間中常に携帯します。

なお、大会前及び大会期間中は、健康の自主管理に努め、発熱または呼吸困難、けん怠感などの症状がみられる場合は参加を見合わせる対応を取ります。

以上について、家族又はそれに代わる者とともに誓約いたします。

令和7年 月 日

ふりがな

参加者氏名（自署）： _____

< 家族又はそれに代わる者の署名等 ※参加者本人の記入は不可 >

ふりがな
氏名
(自署) :

参加者との
関係 :

緊急連絡先(電話番号) : (自宅) _____
(携帯) _____

(大会参加者備考)

※本書は、署名日時点の情報を記入してください。（本書提出後の経過のご報告は、原則不要です。）

※後日配布する選手団IDカードには、最新の健康状態等の情報を確実に記入してください。

都道府県名又は 政令指定都市名		参加種目	
生年月日	大正・昭和 年 月 日	血液型	

◆治療中又は過去にかかった病気がある場合は、該当する項目及び現在の状況に○印をお書きください。

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1 心臓病 (治療中・経過観察中・完治) | 6 腎臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 2 脳血管障害 (治療中・経過観察中・完治) | 7 肝臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 3 高血圧 (治療中・経過観察中・完治) | 8 がん (治療中・経過観察中・完治) |
| 4 糖尿病 (治療中・経過観察中・完治) | 9 その他 (病名:) |
| 5 脂質異常症 (治療中・経過観察中・完治) | (治療中・経過観察中・完治) |

◆薬を服用している場合は、薬の名前をお書きください。

(薬の名前:)

◆食物、薬物等のアレルギーがある場合は、原因をお書きください。

(原因:)

◆その他、医師から注意を受けていることや健康面で不安なことがある場合は、内容をお書きください。

(内容:)

ねんりんピック岐阜2025 健康等に関する誓約書

ねんりんピック岐阜2025実行委員会
会長 江崎 禎英 様

私は、ねんりんピック岐阜2025（以下「大会」という。）への参加に当たり、大会参加中の不慮の負傷・疾患や生命に関する重大な事故等は、自分の責任として対応します。

また、大会への参加に備え、必要に応じて医師の診断を受けるなど、体調にも万全を期すると共に、緊急時等に迅速な救急対応が実施できるよう、最新の健康状態等について、選手団IDカードに記入し、大会期間中常に携帯します。

なお、大会前及び大会期間中は、健康の自主管理に努め、発熱または呼吸困難、けん怠感などの症状がみられる場合は参加を見合わせる対応を取ります。

以上について、家族又はそれに代わる者とともに誓約いたします。

誓約書の記入日

令和7年 ○月 ○日

「家族に代わる者の署名」とする場合は、緊急時に連絡が付き、傷病時に付添い可能な方の署名としてください。

ふりがな

参加者氏名（自署）：ぎふ たろう 岐阜 太郎

< 家族又はそれに代わる者の署名等 ※参加者本人の記入は不可 >

ふりがな

氏名

（自署）

：ぎふ はなこ 岐阜 花子

参加者との

関係

：妻

緊急連絡先(電話番号)：(自宅) ○○○-○○○-○○○

(携帯) ○○○-○○○○-○○○○

(大会参加者備考)

※本書は、署名日時点の情報を記入してください。(本書提出後の経過のご報告は、原則不要です。)

※後日配布する選手団IDカードには、最新の健康状態等の情報を確実に記入してください。

都道府県名又は 政令指定都市名	岐阜県	参加種目	卓球
生年月日	大正・昭和 ○○年 ○月 ○日	血液型	A

◆治療中又は過去にかかった病気がある場合は、該当する項目及び現在の状況に○印をお書きください。

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1 心臓病 (治療中・経過観察中・ 完治) | 6 腎臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 2 脳血管障害 (治療中・経過観察中・完治) | 7 肝臓病 (治療中・経過観察中・完治) |
| 3 高血圧 (治療中・経過観察中・完治) | 8 がん (治療中・経過観察中・完治) |
| 4 糖尿病 (治療中・ 経過観察中 ・完治) | 9 その他 (病名：) |
| 5 脂質異常症 (治療中・経過観察中・完治) | (治療中・経過観察中・完治) |

◆薬を服用している場合は、薬の名前をお書きください。

(薬の名前： ○○○、◇◇◇◇)

◆食物、薬物等のアレルギーがある場合は、原因をお書きください。

(原因： えび、牛乳)

◆その他、医師から注意を受けていることや健康面で不安なことがある場合は、内容をお書きください。

(内容：)

ねんりんピック岐阜2025

健康保険証等公的証明書のコピー提出用紙

令和7年 月 日

氏名	
競技種目	
<p>(健康保険証等公的証明書の貼付欄) 必要に応じて両面をコピーして貼付してください。</p>	

※ 氏名や住所、生年月日などが確認できる書類のコピーをご提出願います。

ねんりんピック岐阜2025
役員参加申込書

申込年月日 令和7年 月 日

所属団体名					
参加チーム名 (愛称等)					
役職名		ふりがな 氏名			
連絡先(自宅)			性別 ※1		
住所	〒	男 女			
		血液型 ※1			
		A B O AB			
電話番号				生年月日 ※1	
メールアドレス				明治 大正 年 月 日 昭和	
連絡先(現地) ※2					
携帯電話					
携帯 メールアドレス					
【備考】※3					

※1 「性別」、「血液型」、「生年月日」の各欄は、該当項目を○で囲んでください。

※2 携帯電話は、大会開催期間中の連絡用として使用しますのでご記入ください。

※3 大会役員として引率を行い、かつ、スポーツ種目の参加選手(監督、補欠等を含む)として登録する場合は、その旨を備考欄に記入してください。

ねんりんピック岐阜2025

選手(チーム)の選抜方法

団体名	
(役職)代表者名	
(役職)記入者名	
連絡先(電話番号)	

I 選手(チーム)の選抜方法について、該当する項目に○を付し内容をご記入ください。

- 1 協会、連盟等が主催する予選会等で選考
(内容:)
- 2 協会、連盟等による推薦
(内容:)
- 3 持ち回り(順番)による選考
(内容:)
- 4 その他
(内容:)

以下、予選会等を開催した団体のみお答えください(ぎふ大会予選)。

II 対象者について、該当する項目に○を付してください。

- 1 協会、連盟等の加入者のみ
- 2 一般参加
- 3 その他()

III 予選会等に係る選手負担金(参加費)について、該当する項目に○を付してください。

- 1 無料
- 2 有料()円)
- 3 その他()

IV 会場について御記入ください

(会場:)

V 参加した人数(チーム数)をご記入ください。

(参加人数)人 , チーム数)団体)

ねんりんピック岐阜2025
負担金請求書の送付先

団体名	
(役職)代表者名	
(役職)記入者名	
連絡先(電話番号)	

I 請求書の送付先について、希望する項目に○を付してください。

1 各選手あて

※別途、役員あてに各選手の明細を送付します。

2 団体あて(一括請求)

団体あて(一括請求)をご希望の場合には、以下もご記入ください。

II 請求書に記載する宛名をご記入ください。

団体名

(記入例) 埼玉県○○協会

代表者名

(記入例) 理事長 △△ △△

III 請求書を送付する住所をご記入ください。

〒

住所

氏名(個人宅の場合のみ)

ねんりんピック岐阜2025
提出書類確認表

団体名	
(役職)記入者名	
連絡先(電話番号)	

書類の提出期限は6月18日(水)です。ご協力をお願いいたします。

記入例を参照いただき、遺漏のないようご記入ください。

提出書類に☑してください。

- 参加・宿泊・弁当・交通・手荷物・保険申込書(A3判)
- ねんりんピック岐阜2025健康等に関する誓約書<人数分>
※この書類は自署となります。必ず、提出される方がご記入ください。
- 様式1 健康保険証等公的証明書のコピー提出用紙
- 様式2 役員参加申込書
- 様式3 選手(チーム)の選抜方法
- 様式4 負担金請求書の送付先

下記の加入依頼書は、希望される方のみの提出です。

- 国内旅行保険(任意)加入依頼書

その他同封、添付した書類があれば記入してください。

()

【別紙の「ねんりんピック岐阜2025ご参加の皆様へ 東武トップツアーズからの国内旅行傷害保険のご案内」をご参照の上、ご記入ください。】

東武トップツアーズ(株) 岐阜支店

〒500-8842 岐阜市金町6-6 ニッセイ岐阜ビル9階

年 月 日

FAX: 058-263-5805 メール: nenrin-Gifu2025@tobutoptours.co.jp

TEL: 050-9003-4876

ねんりんピック岐阜2025 国内旅行傷害保険 加入意思確認書

No.	旅行参加者氏名 漢字フルネームで ご記入ください。	年齢	性別	都道府県名	契約タイプ名 or おすすめプラン名	ご旅行者(被保険者) 同意署名欄(※1)
例	保険 太郎	30	男	岐阜	LE①	

★国内旅行中に従事する 職業・職務	あり▶	内容			
★他の保険契約等※2 (同時に申込み契約を含みます)が ありますか？	あり▶	会社名	保険種類	保険金額※3	満期日

※1 被保険者5名以下の団体契約かつご加入者とご旅行者(被保険者)が異なるケースで、ご加入の死亡・後遺障害保険金額が他の保険契約(※2)と合算で1,000万円を超える場合は、上欄にご旅行者の同意を証する「署名」が必要です。なお、ご旅行者(被保険者)の年齢が保険期間の始期日時点で満15歳未満の場合は、同意を行うことが出来ません。
 ※2 「他の保険契約等」とは、この保険契約以外にご契約されている、この保険契約と全部または一部について支払責任が同一である保険契約や共済契約のことをいいます。他の保険契約等がある場合、その契約の内容によっては、弊社にて保険のお引受けができない場合があります。
 ※3 傷害死亡・傷害後遺障害、入院(手術)、通院の内容についてご記入下さい。

(注)★が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない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、ご注意ください。
 ご提出いただいた個人情報については、各種商品・サービスのご提供・ご案内するために利用させていただきます。

ご加入タイプ	<おすすめプラン>			
	LE①	LE②	LE③	MK
保険期間	LE①	2025/10/17	～	2025/10/20
	LE②	2025/10/18	～	2025/10/21
	LE③	2025/10/19	～	2025/10/22
	MK	2025/10/17	～	2025/10/22
加入者	ねんりんピック岐阜2025 宿泊・輸送センター 阪本 佳津男			
被保険者 (保険の対象となる方)	参加者の中で加入を希望した方			

ねんりんピック岐阜2025【参加・宿泊・弁当・交通・手荷物・保険】申込書に必要事項をご記入の上お申し込みください。

※6名以上の団体契約については、別紙「ねんりんピック岐阜2025【参加・宿泊・弁当・交通・手荷物・保険】申込書」参加者名簿の⑩国内旅行傷害保険ご加入タイプ名を記入した者を被保険者とします。(被保険者が当該契約に同意する場合の署名は不要です)

<お問い合わせ先・取扱代理店> 東武トップツアーズ(株)岐阜支店 〒500-8842 岐阜市金町6-6 ニッセイ岐阜ビル9階 TEL: 050-9003-4876 FAX 058-263-5805	<引受保険会社> 東京海上日動火災保険株式会社 (担当課)航空宇宙・旅行産業部 旅行営業室 〒100-8107東京都千代田区大手町1丁目5-1 大手町ファーストスクエアWEST9階
---	--

【国内旅行傷害保険に関する事項】

東京海上日動火災保険株式会社 宛

普通保険約款、国内旅行傷害保険約款およびその他の特約が適用されることを承認し、全ての記載事項が事実と相違ないことを確認の上、保険契約の加入を依頼します。なお、死亡保険金受取人は法定相続人となります。事故発生の際に保険契約等および保険金等の請求に関する事項について損害保険会社等間で確認されることに同意します。重要事項説明書および個人情報の取扱いについても同意し、加入依頼書および重要事項説明書により契約内容が意向に沿ったものであることを確認の上、本契約の加入を依頼します。

この国内旅行傷害保険は、 **ねんりんピック岐阜2025 宿泊・輸送センター 阪本 佳津男**

を加入者とした明細付団体契約です。保険契約者を東武トップツアーズ株式会社とした包括契約で、保険契約の解約権や保険期間延長等の契約内容変更請求権は原則として保険契約者である東武トップツアーズ株式会社が有しますが、保険契約者はご加入いただきました加入者より、解約、契約内容変更のお申出があった場合は必ずこれに応じて必要な対応をさせていただきます。尚、保険契約証は加入者にも、保険料領収証は保険契約者のみに発行され、各お客様(保険の対象となる方)には発行されませんので、予めご了承ください。

契約に関するご注意

この保険は東武トップツアーズを保険契約者とし旅行参加者を被保険者(保険の対象となる方)とする国内旅行傷害保険包括契約です。契約内容変更に関する請求権、解約請求権利などは原則として東武トップツアーズが有します。

被保険者数5名以下の団体契約に関するご注意

被保険者数5名以下の団体契約で保険始期日時時点で満15歳以上となる被保険者について、他の保険契約等(表面・※1)と合算で1,000万円超の死亡・後遺障害保険金額のお引受けを行う場合には表面「ご旅行者(被保険者)同意署名欄」に被保険者ご本人の署名が必要になります。

※保険始期日時時点で満15歳未満の被保険者の方については、同意(署名)の有無に関わらず他の保険契約等(表面・※1)と合算で死亡・後遺障害保険金額が1,000万円超となるお引受けはできません。

詳細は代理店までお問い合わせ下さい。

1 保険契約によるご契約で、かつ、保険期間が各被保険者(保険の対象となる方)同一である契約の場合は、以下の表①②の条件が双方とも満たされる最大の割引割を適用致します。

①被保険者数	20名以上	100名以上	500名以上	1,000名以上
②団体最低保険料	9,500円	45,000円	212,500円	400,000円以上
割引率	5%	10%	15%	20%