

<京都府庁生協：新公務員保険加入手続き手順書>

団体地方公務員賠償責任保険

- ①チラシ裏面のQRコードを読み取るか、URLを直接入力いただくと、以下の画面となります。
また、「アルプスカード 公務員保険」でも検索できます。

全国地方職員福利厚生協議会
**団体地方公務員
賠償責任保険**

公務における損害賠償請求（住民訴訟・民事訴訟等）に備える地方公務員のための保険です。
万が一の際に、地方公務員個人が負担する法律上の損害賠償金と争訟費用等をしっかりサポートいたします。

手続き全般はこちら

※所属（※所属が全国地方職員福利厚生協議会の会員）が全国地方職員福利厚生協議会の受け付けておりません。

加入者**5.1**万人以上!
(2025年5月現在)

1ヵ月あたり**240**円~
(職員・3,000万円プラン)

一部の期間を除き
中途加入OK!

保険期間 2025年**9**月**1**日午後4時 ~ 2026年**9**月**1**日午後4時

- ②以下の画面で、「新たにご加入される方はこちら」をクリック。



団体地方公務員賠償責任保険手続きサービス

新たにご加入される方へ

1. 新たに申し込みをされる方は、こちらからお手続きください。



既にご加入されている方へ

③以下の画面で、それぞれ入力をお願いします。



以下、記入例・注意書きに
従って入力してください

ネット申し込み手続き

加入者の方は、パンフレットまたは損保ジャパンの公式ウェブサイトに掲載の個人情報の取扱い（https://www.sompo-japan.co.jp/private_information/）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、保険契約に関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。

1. 本保険は公務員様向けの商品です。所属団体名と勤務先の情報等を選択・入力してください。
【ご注意ください】
この画面は新規申込の方向けとなります。既に参加済の場合は「ログイン画面に戻る」の後、ログインしてご利用ください。

【必須】
(申込前確認) 既にご
加入されていますか？

いいえ

都道府県名

必須

京都府

ここは場所を表す都道府県名

都道府県市町村名（特
別地方公共団体含む）

必須

京都府

ここは所属する自治体名

所属団体名（所属所
名）

必須

京都府庁生活協同組合

「管理職会」は選択しないでください

勤務先自治体名

20文字以内の全角でご入力ください。

必須

キョウトフ

職員番号

必須

例)

職員番号を記入

※職員番号がない場合は「000000」を入力してください。

正しく入力してください
間違えると給与引きできません

部署コード

(半角)

※記入不要

部署名

部署名 (全角)

※記入不要

部署名 (半角)

※記入不要

メールアドレス

必須

メールの形式でご入力ください。

例)

任意のメールアドレスを記入

※メール送信元のドメインを指定している方は「@sompo-japan.co.jp」からのメールを受信できるように設定してください。職場のセキュリティによってはメールが受信できない場合がありますので、職場以外のメールアドレスを設定されることを推奨します。

メールが受信できるアドレスを

2. 保険期間をご確認の上、手続きへお進みください。

保険の名称

団体地方公務員賠償責任保険

申込日

※自動表示

保険期間

申し込み手続きを始める

記入終了後、ここをクリック

④ ③で入力したメールアドレス宛てに、入力用URLを記載したメールが届きますので、引き続き、以下の画面で、それぞれ入力をお願いします。

プランを選択ください

▶ パンフレット・約款などはこちら

【重要】

★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を入力した場合や事実を入力しなかった場合は、ご契約を解除することや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。

- 「必須」の記載がある項目はすべてご回答ください。
※「,」「,」「,」はご入力いただけません。
- パンフレットは右上の「パンフレット・約款などはこちら」から確認してください。

補償の対象となる方（被保険者）の情報を入力してください。

お名前 必須	姓	氏名（漢字）	
	名	氏名（全角カタカナ）	
生年月日	生年月日		
性別	性別		
申込人（加入者）から みた続柄 必須	本人		
役職 必須	<input checked="" type="radio"/> 職員	<input type="radio"/> 町・村長	
	<input type="radio"/> 市・区長（特別区）	<input type="radio"/> 知事	
加入プラン・保険料 必須	<input checked="" type="radio"/> 5億円プラン 年額 9,840円 期間中の限度額 5億円	<input type="radio"/> 3億円プラン 年額 8,760円 期間中の限度額 3億円	<input type="radio"/> 1億円プラン 年額 6,240円 期間中の限度額 1億円
	<input type="radio"/> 5,000万円プラン 年額 4,800円 期間中の限度額 5,000万円	<input type="radio"/> 3,000万円プラン 年額 2,880円 期間中の限度額 3,000万円	

▶ 詳細を確認する

ここをチェック

プランを選択してください
今回の保険料は 年額 ÷ 12 × 8
の金額になります

次へ

記入終了後、ここをクリック

⑤以下の画面では、何も記入せずに、「次へ」をクリック願います。



損保ジャパン

1 ネット申し込み手続き 2 保険選択 3 加入プラン選択 4 他保険加入状況 5 加入者情報入力 6 支払い方法詳細 7 入力内容確認 8 新規申込完了

★他の保険契約等（※）の加入状況

▶ パンフレット・約款などはこちら

【重要】

・他の保険契約の加入状況は「告知事項」です。事実と異なる内容を入力した場合や事実を入力しなかった場合は、ご契約を解除することや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。

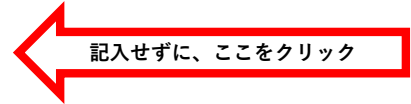
・補償の対象となる方が、現在（告知日時時点）、既に他の保険契約または共済契約に加入されている場合は、以下にご入力をお願いいたします。

他の保険契約等の加入がない場合は「次へ」ボタンを押してお進みください。

（※）「他の保険契約等」とは、公務員賠償責任保険等、地方公務員の公務に起因する損害賠償を補償する損害保険をいいます。（日常生活の賠償事故を補償する個人賠償責任保険は対象外）

被保険者氏名 保険種類 必須 保険会社 必須 満期日 必須 保険金額（半角数字） 必須
削除 例）株式会社〇〇生 終身 万円

▶ 契約を追加する



⑥引き続き入力の上、「次へ」をクリック



損保ジャパン

1 ネット申し込み手続き 2 保険選択 3 加入プラン選択 4 他保険加入状況 5 加入者情報入力 6 支払い方法詳細 7 入力内容確認 8 新規申込完了

ご加入者様（申し込みを行う方）情報の入力

▶ パンフレット・約款などはこちら

※「,」「”」「'」はご入力いただけません。

本保険の申し込みを行う方（ご加入者）の情報を入力してください

お名前 必須	姓	名	上記で記入済の内容が表示
	セイ	メイ	上記で記入済の内容が表示
生年月日			上記で記入済の内容が表示
性別			上記で記入済の内容が表示

郵便番号（半角数字・ハイフンなし）
例) 1234567 住所の自動入力

住所（漢字）

住所

〒100-0001
千代田区千代田
1-1-1
マンションA

住所は記入不要

電話番号 必須

半角数字でご入力ください。

携帯電話（半角数字）
携帯か固定、少なくとも1つは記入

固定電話（半角数字）
____ - ____ - ____

※携帯電話/固定電話 いずれか一方が必須入力になります。

都道府県市町村名（特別地方公共団体含む） 必須 京都府

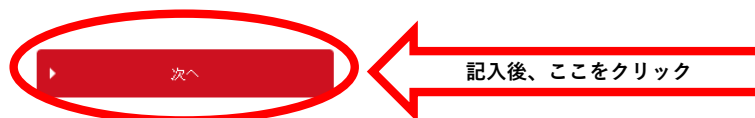
所属団体名（所属所名） 必須 京都府庁生活協同組合

勤務先自治体名 必須 20文字以内の全角でご入力ください。
キョウトフ

職員番号 必須 20文字以内の半角英数字・半角記号でご入力ください。
上記で記入済の内容が表示
※職員番号がない場合は「000000」を入力してください。

部署コード (半角)

部署名 (全角) 必須 上記で記入済の内容が表示
部署名 (半角)



⑦保険料は、2026年2月の給与引きとなりますので、「団体内集金」をチェックの上、「次へ」をクリック

1 ネット申し込み手続き 2 保険選択 3 加入プラン選択 4 他保険加入状況 5 加入者情報入力 6 支払い方法詳細 7 入力内容確認 8 新規申込完了

お支払い情報の入力

▶ パンフレット・約款などはこちら

お支払い方法を選択してください。

ここをチェック

お支払い方法

必須

団体内集金

団体内集金（手集金または給与天引き）
させていただきます。

次へ

ここをクリック

戻る

⑧これまでの入力内容に誤りがないか確認をお願いします。

1 ネット申し込み手続き 2 保険選択 3 加入プラン選択 4 他保険加入状況 5 加入者情報入力 6 支払い方法詳細 7 入力内容確認 8 新規申込完了

入力内容確認

▶ パンフレット・約款などはこちら

まだお申し込みは完了していません。

ご契約の保険

団体名 全国地方職員福利厚生協議会

保険名称 団体地方公務員賠償責任保険

申込日 **申込日が表示**

保険期間 2026年01月01日～2026年09月01日

加入のお申込みをされる方（ご加入者）

お名前 **以下、申込内容が表示**

⑨ 「はい、入力内容に間違いはありません」と「重要事項を確認しました」をチェック

上記、入力内容にお間違いはありませんか？

はい、入力内容に間違いはありません

ボタンを押して重要事項を必ずご確認ください

重要事項等説明書を開く

重要事項を確認しました

重要事項等説明書

自動的にチェックが入る

重要事項等説明書の画面が開く

①ここをチェック

②「重要事項説明書を開く」をクリック

③ここをクリック

同意しない

⑩パスワードを設定し、「申し込む」をクリックすれば、手続き完了です。

上記、入力内容にお間違いはありませんか？

はい、入力内容に間違いはありません

ボタンを押して重要事項を必ずご確認ください

重要事項等説明書を開く

重要事項を確認しました

ログインに必要な設定を行います。
IDを確認の上、パスワードを設定してください。

ID (登録メールアドレス)

パスワード

パスワード(確認用)

上記で記入済の内容が表示

任意のパスワードを記入

上記と同じパスワードを記入

ここをクリックすれば手続き完了です。