

2026シーズン

THE SPA X GUNMA

明治安田

キャンペーン期間
2026年2月1日
▶5月31日



推しメングランプリ 第1弾

みんなでザスパ群馬を応援しよう!



アンケートに
お答えいただいた方から
抽選で
プレゼント!

特賞

推しメン1位
選手サイン入り
ボール



ザスパ群馬公式
マスコットキャラクター
ザスパンダ

1名様

A賞

ザスパ
オリジナル
グッズ



30名様

※キャンペーン期間中に選手が移籍した場合はランキング対象外といたします



1 山田 和季



2 田頭 亮太



3 大畑 隆也



4 玉城 大志



6 米原 秀亮



7 西村 恭史



8 神垣 陸



9 青木 翔大



10 山口 一真



11 加々美 登生



13 近藤 吉成



14 菊地 健太



15 風間 宏希



16 志賀 一允



17 百田 真登



18 田中 翔太



19 小林 大輔



20 下川 太陽



22 貫 真郷



25 中野 力瑠



26 秋元 琉星



27 藤村 怜



29 松本 阜誠



30 小柳 達司



33 櫻井 文陽



36 安達 秀都



37 瀬川 義成



38 小西 宏登



39 佐藤 凜弥



42 原田 高虎



43 野瀬 翔也



44 古賀 竣



69 出間 思努



88 キム ジェヒ



97 ソン ミンソツ



99 中島 大嘉

※画像使用許可取得済み ※投票はおひとりさま1回のみになります ※当選者の発表は賞品のお届けをもってかえさせていただきます

お申込は裏面へ

◆◆◆ 応募フォーム ◆◆◆

推しメンの選手は
番 選手

ご本人さまとご家族さまについてお聞かせください

必須 【ご本人さまに関するアンケート】

Jリーグへの関心度について教えてください	<input type="checkbox"/> 家族ぐるみ <input type="checkbox"/> 自分は好き <input type="checkbox"/> 家族は好き <input type="checkbox"/> 関心なし
Jリーグ応援クラブを教えてください	<input type="checkbox"/> ザスパ群馬 <input type="checkbox"/> その他()
Jリーグ観戦経験はございますか？	<input type="checkbox"/> あり (スタジアム) <input type="checkbox"/> あり (TV) <input type="checkbox"/> なし

お名前・生年月日・性別	生命保険ご加入状況	損保ご加入状況	ご加入保険会社	担当者訪問頻度
フリガナ S・H・R 年 月 日(男・女)	<input type="checkbox"/> 死亡保障 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 個人年金保険 <input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 東京海上日動火災 <input type="checkbox"/> 住友生命 <input type="checkbox"/> 損保ジャパン <input type="checkbox"/> あいおいニッセイ同和 <input type="checkbox"/> アクサ生命 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 明治安田 <input type="checkbox"/> 日本生命 <input type="checkbox"/> 第一生命 <input type="checkbox"/> 住友生命 <input type="checkbox"/> アフラック <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年2~3回 <input type="checkbox"/> ほとんどなし
フリガナ 〒 - TEL:			ご勤務先名 日中のご連絡先	自宅: 携帯:

【ご家族さまに関するアンケート】

ご家族さま				
お名前(フリガナ)	ご生年月日	性別	続柄	生命保険ご加入状況
	S・H・R 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 死亡保障 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保障 <input type="checkbox"/> 未加入
	S・H・R 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 死亡保障 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保障 <input type="checkbox"/> 未加入
	S・H・R 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 死亡保障 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保障 <input type="checkbox"/> 未加入
	S・H・R 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 死亡保障 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保障 <input type="checkbox"/> 未加入

○ご家族の情報を当社に提供することにつきまして、
 ご本人にご了解をお取りいただきますようお願いいたします
 ○アンケートに必要事項をご記入のうえ、担当者までお渡しく下さい
 ○投票結果は、結果お知らせチラシにてご案内いたします
 ○当社は取得いたしました個人情報をご以下の目的で利用させていただきます。
 ・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 ・子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、
 ご契約の維持管理
 ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
 ・その他保険に関連・付随する業務
 なお、当社におけるお客さまに関する情報の取り扱いについては、ホームページ
 (<https://www.meijiyasuda.co.jp/>)をご覧ください。

担当者

明治安田生命保険相互会社 群馬支社
 〒371-0024
 群馬県前橋市表町2-9-9
 明治安田生命前橋表町ビル2階
 TEL:027-221-1655