

総合福祉団体定期保険

被保険者加入申込書 兼 被保険者同意確認通知書

第一生命保険株式会社（事務幹事会社） 行

貴社の総合福祉団体定期保険普通保険約款（特約付の時はその特約条項）および保険料率を承知し、各被保険者の同意を得たことを通知するとともに、当該申込書に記載の加入者について生命保険契約を申し込みます。

各被保険者の同意を得るにあたっては、被保険者となるべき者全員に対して、お知らせ文書のとおり総合福祉団体定期保険の契約内容及び個人情報の取扱についての通知を行い、被保険者となることに同意しなかった者については申し込みから除外しています。

当該申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。また、この申込書の記載事項について貴社から照会を受けた時は、速やかに確認のうえ回答いたします。もしこの事実と相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。今回の手続きは、保険契約者（または事務代行者）としての手続きであることに相違ありません。

1 この申込書の 1 ページ ～ ページ に記載された事項は事実と相違ありません。

同一加入年月日で、この申込書を2枚以上同時にご提出される場合は、1には最終ページを、3には当該ページを記入してください。それにより5（契約者告知項目）および8（保険契約者項目）は、1ページ目に一括して記入いただくことで、2ページ目以降の記入を省略できます。

団体番号	事業所番号
結合 CD	枝 CD
09	00000000

ページ	加入年月日(和暦)
	年 月 日
	01

ご指定の番号（従業員番号等）がある場合には必ずご記入ください。ご記入ない場合は当社で配番いたします。

被保険者名はカタカナでご記入ください。

被保険者番号（右詰）	被保険者名（カナ）	性別	生年月日	主契約保険金額	主契約保険金受取人名（カタ）	受取人続柄コード	※職種職階コード	※入社年月日	※給与金額（円）
62		93	年 月 日	100		105		125	
		①男 ③昭							
		②女 ④平							
151		181	年 月 日	180		194		214	
		①男 ③昭							
		②女 ④平							
240		270	年 月 日	270		283		303	
		①男 ③昭							
		②女 ④平							
329		359	年 月 日	359		372		392	
		①男 ③昭							
		②女 ④平							
418		448	年 月 日	448		461		481	
		①男 ③昭							
		②女 ④平							

制度内容を変更した場合は、被保険者となられる方への通知の際にご使用された「契約内容についての通知文書『総合福祉団体定期保険についてのお知らせ』（お知らせ文書）」を添付のうえ、ご提出ください。

※お手続きが遅れた場合、お申し出の取り扱いをいたしかねる場合がございます。予めご了承ください。

5 契約者告知事項として今回加入申込者について次の事項を告知します。

告知日（和暦） （告知事項①・②の記入日）	年 月 日
告知日現在、病気やけがにより休務中の方 や健康上の理由で正常に就業していない方 （就業の制限（※）を含む）はいませんか。	いる いない
告知日から過去1年以内に、病気やけがにより 継続して2週間以上休務された方はいませんか。	いる いない

*告知事項①および②の「休務」、①の「健康上の理由」には、『労働基準法』第65条に基づく産前・産後休業、『育児休業法』第65条に基づく育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第2章及び第3章に基づく育児休業及び介護休業の事由のみで休務されている場合は含まれません。

※「就業の制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

上記①もしくは②で「いる」の場合、別途「契約者一括告知書」をご提出ください。

所属コード（左詰）	事業主受取区分

※所属コードをご使用の場合のみご記入ください。

個別指定の場合のみ「主契約保険金受取人名」「受取人続柄コード」（「事務のしおり」参照）をご記入ください。

※の項目は、加入保険金額または加入継続範囲を職種職階コード・勤続年数・給与系数によって決定している場合に記入ください。

訂正する場合の修正方法

- ①訂正箇所を二重線で抹消
- ②余白部分に訂正者の押印またはご署名（フルネーム）
- ③正しい内容をご記入

団体名
代表者名
事務担当者名（フルネーム）

9 被保険者同意確認欄（押印欄）

当保険の加入について、被保険者全員の記名・押印（または署名）により同意確認を実施する（個々同意方式）場合は、加入申込者（被保険者となられる方）が契約内容を確認のうえご本人印を押印いただくかご署名ください。従業員代表者が同意確認を行う契約（包括同意方式）の場合は、ご本人印の押印に替え、別途「内容通知に関する確認書」をご提出ください。

『総合福祉団体定期保険についてのお知らせ』（お知らせ文書）に記載の総合福祉団体定期保険の契約内容及び個人情報の取扱について受取人と共に同意します。

被保険者同意確認欄（押印または署名）	第一生命使用欄
または署名（フルネーム）	告知 148 149
印	① 無 ② 不要
または署名（フルネーム）	237 238
印	① 有 ② 要
または署名（フルネーム）	326 327
印	① 無 ② 不要
または署名（フルネーム）	415 416
印	① 有 ② 要
または署名（フルネーム）	504 505
印	① 無 ② 不要

第一生命使用欄

<連絡欄>

団体保険事業部
点検 入力 入力後点検

承諾
☐ 通知
☐ 同包
☐ 同個

団保 [登] 06035-06 2024.6 保期間10年 [本]

団体保険事業部
受付印

書類受領所管
受付印



伝票コード

K30700600