総合福祉団体定期保険 / 団体定期保険 / 拠出型団体定期保険
医療保障保険（団体型）/ 新医療保障保険（団体型）/ 医療保障一時金保険
３大疾病サポート保険（団体型）/ 団体就業不能保障保険
※ご契約毎にご提出ください

団体番号								－			

第一生命保険株式会社 御中

内容通知に関する確認書

【同意確認の重要事項（第一生命からのお知らせ）】

上記商品においては、保険法第 38 条および第 67 条の規定（※）にもとづき、契約者である団体が、被保険者になろうとする方へ、契約の内容を周知し、加入にかかる同意を確認する必要があります。この同意確認を行わなかった保険契約の部分は、無効となり保障されません。確実に加入対象者全員へ契約内容を周知いただき、同意を確認してください。

（※）新医療保障保険（団体型）・医療保障一時金保険・３大疾病サポート保険（団体型）は第 67 条のみ適用

今般、貴社と契約締結する（している）上記商品の契約内容および個人情報の取扱いについて、上記**【同意確認の重要事項】**に留意の上、契約内容を記載した通知文書により全加入対象者宛通知しました。契約内容等の通知方法ならびに被保険者となることの不同意者有無の確認結果は以下のとおりです。なお、中途加入における通知文書の内容は、前回の制度変更時（制度変更を行っていない場合は契約締結時）と変更ありません。

※契約締結時、制度変更時以外は加入対象者宛通知した文書の添付は不要です。ただし、通知文書に変更が生じた場合は制度変更のお手続きが必要となる場合がありますので、変更内容等について速やかに第一生命宛ご連絡ください。

1．加入（制度変更）年月日	（和暦）　　年　　月　1　日	
2．契約内容等の通知の方法（いずれかに☑を記入ください）	□	契約内容を記載した通知文書等を加入対象者全員に配付し、研修会等で一斉、または個別に説明
	□	契約内容を記載した通知文書等を加入対象者全員に書面、または社内メール等により配付
	□	契約内容を記載した通知文書等を就業規則等の運用に従い、現在有効に機能している周知方法に従って、特定場所に掲示するなどして通知
3．不同意者有無の確認結果（いずれかに☑を記入ください）	□	不同意者はいません（全員同意しています）
	□	不同意者がいます（**不同意者名簿を添付いたします**）

記入年月日（和暦）　　年　　月　　日

保険契約者
団　体　名

※自署の場合は押印不要です。
※契約締結時、制度変更時は押印をお願いします。
（事務代行団体の代表者名・事務代行印は不可となります）

団体代表者名　　お届出印

全加入対象者が上記商品の契約内容および個人情報の取扱いについて通知を受けたことを、所属員（従業員、会員（組合員）など）を代表して報告します。

記入年月日（和暦）　　年　　月　　日

会社名

所属・役職

所属員代表者名　　印
※自署の場合は押印不要です。

～引受保険会社からのお知らせ～
本帳票は契約者が指定した保険会社に提出いたしますが、提出される氏名等すべての個人情報は、この保険契約の締結・維持管理にあたり、加入対象者に対して適正に同意確認がなされたことを確認するためにのみ利用され、それ以外の目的で利用することはありません。

団保　［登］　06045-08　2024.6 保存期間 10 年　本