

# 総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書 兼 契約者一括告知書 兼 被保険者同意確認通知書

必ず(和暦にて)ご記入ください。  
当社宛のご提出が遅れた場合、お  
申し出どおりのお取扱いができない  
場合がありますのでご注意ください。

記入日(告知日)をご記入ください。  
なお、責任開始期へ影響のある重要  
事項ですので、当社へ提出する前に  
再度点検をお願いいたします。

訂正する場合、訂正箇所を二重  
線で抹消し、余白部分訂正者の  
押印またはご署名(フルネーム)の  
うえ、正しい内容をご記入ください。

総合福祉団体定期保険  
被保険者加入申込書 兼 契約者一括告知書 兼 被保険者同意確認通知書

第一生命保険株式会社 行

貴社の総合福祉団体定期保険普通保険約款(特約付のときはその特約約款)および保険料率を承認し、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、「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)」のとおり総合福祉団体定期保険の契約内容、留置事項並びに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ご同意しなかった者については申し込みから除外いたします。

また、以下の事項について誓約します。

1. 今回の手続きは、保険契約者(または事務代理人)としての手続きであり、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。

2. 貴社が告知を求めた事項について事実を告げず、または事実でないことを告げた時は、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。

2 この申込書の 1 ページ ~ 3 ページに記載された事項は事実と相違ありません。

3 ページ 1 を本紙裏のページ(向枚目)を記入してください

4 加入年月日(和暦) 年 月 日

5 記入日(告知日) 年 月 日

6 団体番号 事業所番号 所属コード(左括弧)

7 告知

告知事項① 告知日時点、病気やけがにより休務<sup>※1</sup>中の者や、健康上の理由で正常に就業していない(就業の制限を含む)<sup>※2</sup>者はいませんか。

告知事項② 告知日から過去1年以内に病気<sup>※3</sup>により継続して2週間<sup>※4</sup>以上休務<sup>※1</sup>した者はいませんか。

以下 8 に記載の加入申込者について、上記告知事項に該当する者はいません。

※告知事項①②については、該当する加入対象者は、加入申し込みいただけません。

※告知事項③④については、該当する加入対象者は、加入申し込みいただけません。

※告知事項⑤については、該当する加入対象者は、加入申し込みいただけません。

8 被保険者番号(右括弧) 被保険者名(カナ) 性別 年齢 契約保険金額 主契約保険金受取人名(カナ) 受取人住所(〒) 受取人電話番号(〒) 入社年月日 給与金額(円) 被保険者同意確認欄(押印または署名) 第一生命標準告知

9 被保険者の同意確認

個々同意方式の場合  
※従業員(被保険者となる方が、個々に同意確認を行う(個々同意方式)に契約の場合  
以下「同意内容」を確認の上、「同意内容」欄に署名(フルネーム)を捺印してください。

包括同意方式の場合  
※従業員代表者が同意確認を行う(包括同意方式)に契約の場合  
別途「内容通知に関する確認書」をご提出ください。

同意内容  
『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および個人情報の取扱について受取人と共に同意します

10 被保険者同意確認欄(押印または署名)

11 第一生命標準告知

12 連絡欄

13 点検 入力 入力点検 承諾 通知 同意 同意欄

14 団体標準事務部 受付印 書機受領所管 受付印

15 印刷(株)06035-07 2025.2 保利率 10年(改) 困 2932100018

所属コードでの管理が必要な  
場合はご記入ください。

被保険者番号はご指定の番号  
があれば、記載ください。

告知事項①②を確認ください。  
告知事項に該当する加入対象者は、加入  
申し込みいただけません。

【個々同意方式の場合】  
被保険者となる方が「同意内容」を確認の上、押印  
または署名ください。

【包括同意方式の場合】  
『内容通知に関する確認書』を別途ご提出ください。