# 内容通知に関する確認書

**契約者記入欄**

**所属員代表記入欄**

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 ● ● ● ● ● ● ● - ● ● ●

いずれか〇を囲んでください。

第一生命保険株式会社 行

## 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

**保険契約者記入欄**

今般、第一生命と契約締結する(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
と変更ありません。

加入年月日をご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>（いずれかに☑を記入ください） | ☑ | 契約内容を記載した通<br>等で一斉、または個別 |
| | □ | 契約内容を記載した通<br>内 等により配付 |
| | □ | 契約内容を記載した通<br>効に機能している周知<br>て通知 |
| 3.**不同意者有無の確認結果**<br>（いずれかに☑を記入ください） | ☑ | 不同意者はいません |
| | □ | 不同意者がいます（不 |

契約内容等の通知方法につき、あてはまる項目すべてにレをご記入ください。

被保険者同意確認結果をご記入ください。なお、不同意者がいる場合は本帳票とあわせて「不同意者名簿」をご提出ください。

記入日をご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記入年月日 | （和暦） ● 年 ● 月 ● 日 | 保険契約者団体名 | 株式会社〇〇〇〇 |
| ＊ 押印に関する留意事項<br>【契約締結時および制度変更時】 押印要<br>・第一生命へのお届出印であること<br>・事務代行団体の代表者名、事務代行印は不可<br>【中途加入時】 自署の場合押印不要 | | 団体代表者名 | 代表取締役 第一太郎 |



ご契約者がご記入・押印してください。なお、親子契約であっても本欄への記入・押印は**ご契約者(親会社)**となりますのでご注意ください。
※押印の要否は留意事項をよくご確認ください。

**所属員代表記入欄**

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
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 | 株式会社〇〇〇〇 |
| 所属・役職 | 〇〇〇〇労働組合<br>執行委員長 | 所属員代表者名 | 日比谷 二郎 <br>※自署の場合は押印不要です。 |



記入日をご記入ください。

**<親子契約の場合>**
「会社名」欄に所属の子会社名を記入いただき、各会社ごとに提出ください。

所属員代表の方が記名・押印または署名ください。
**役員の方は従業員代表としてお取扱いできません。**
※従業員代表の例
・労働組合の代表者
・労働組合がない場合、従業員の過半数を代表する方