# 総合福祉団体定期保険 加入・増額についての申出書

【ご記入にあたって】
①～③をもれなくご記入ください。
訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分にご署名（フルネーム）のうえ、正しい内容をご記入ください。

① **宛先**（保険契約者名）をご記入ください。

御中

提出先（契約者（団体）名もしくは
第一生命保険（株））をご記入ください。

## 総合福祉団体定期保険　加入・増額についての申出書

私は、会社が契約する（している）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通知をうけ、かつ被保険者として加入すること（または制度変更による保険金額の増額）について、以下のとおり申し出ます。

② 同意または不同意に☑をご記入ください。

被保険者となることに同意される場合は
「同意します」、同意されない場合は「同意しません」
のいずれかにレ印をご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| レ | **同意します** | |
| | **同意しません** | ※既に加入している方で、制度変更による保険金額の増額に同意いただけない場合、当該保険契約から脱退することとなります。 |

③ 記入日、会社・所属名、氏名をご記入ください。

| | |
|---|---|
| **記入日** | ● 年　● 月　● 日 |
| **会社・所属名** | **総務部** |
| **氏名（自署）** | カナ　**オオモリ　ジロウ**<br>氏名　**大森　次郎** |

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（増額）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
はありません。

ご本人が自署してください。

団保 ［登］ 01394-05 2025.6 保存期間 10 年 本