

御中

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及び個人情報の取扱について通知を受け、かつ被保険者として加入すること（又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します。

※同意または不同意に☑を記入してください。

同意します

同意しません

※既に参加している方で、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。

記入日 _____ 年 月 日

所属部署 _____

氏名（自署） _____

【記入上の注意】

- ①同意または不同意に☑を記入してください。
- ②記入日、所属部署、および氏名欄(自署)をすべて記入願います。
- ③訂正する場合、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。

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のみ利用され、それ以外に利用されることはありません。