

必ず両面印刷の上ご利用をお願いします

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

契約者一括告知書

の箇所はもれなくご記入願います。

団体番号

告知日
(記入日)

(和暦)

年

月

日

※「告知日(記入日)」を必ずご記入ください。

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

契約者一括告知書の 1 ページ から ※1 ページ に記載され

た告知事項は以下のとおりです。

上記保険の申し込みまたは契約内容変更の申し込みの際、各被保険者の健康状態等について確認のうえ、以下のとおり一括告知いたします。今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであり、一括告知書に記載の事項は事実と相違ありません。

また、告知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ときは、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。

なお、本告知事項に記載された全ての被保険者が、同時に案内される個人情報の取扱について同意していることを確認しました。

保険契約者

団体名

代表者名

事務担当者名(フルネーム)

訂正する場合の修正方法

- ① 訂正箇所を二重線で抹消
- ② 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- ③ 正しい内容をご記入

契約日
(変更・追加)

(和暦)

年

月

1 日

※2

ページ

※1 複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。
ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。
※2 ページをご記入ください。

* 告知欄 *

① 告知日現在、病気やけがにより休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限(※)を含む)はいませんか。

いる

いない

② 告知日から過去1年以内に病気やけがにより継続して2週間以上休務された方はいませんか。

いる

いない

上記①もしくは②で「いる」の場合、該当する方についてご記入の上告知書用封筒に封入しご提出ください。書ききれない場合は、次ページ以降にご記入ください。

氏名(カナ)	氏名(カナ)	氏名(カナ)
生年月日 (昭) (平) 年 月 日生 性別 (男) (女)	生年月日 (昭) (平) 年 月 日生 性別 (男) (女)	生年月日 (昭) (平) 年 月 日生 性別 (男) (女)
傷病名	傷病名	傷病名
入院 (有) (無) 手術 (有) (無)	入院 (有) (無) 手術 (有) (無)	入院 (有) (無) 手術 (有) (無)
休務期間 和暦(元号を記入) 年 月 日 ~ 年 月 日 (内入院期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	休務期間 和暦(元号を記入) 年 月 日 ~ 年 月 日 (内入院期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	休務期間 和暦(元号を記入) 年 月 日 ~ 年 月 日 (内入院期間) 年 月 日 ~ 年 月 日
現在の就業状況 (休務中)	現在の就業状況 (休務中)	現在の就業状況 (休務中)
加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 増額 万円 万円	加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 増額 万円 万円	加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 増額 万円 万円

第一生命 使用 欄	枝番号	被No.	枝番号	被No.	枝番号	被No.					
	コード	主	査定印	コード	主	査定印	コード	主	査定印		
	可			可			可				
	団体保障事業部 役付 担当者			事業所番号			団体保障 事業部 受付印			書類受領 所管 受付印	

ご記入にあたって

- ・告知はご契約をお引き受けするかどうかを決めるのに大切な事柄です。
- ・下記告知事項につきましては、事実を告げず、または事実でないことを告げた場合、契約を解除され保険金などの支払いに支障を生ずることがあります。
- ・太線内の項目につきましては、必ず契約者ご自身でありのままを正確にご記入ください。
- ・一度提出された契約者一括告知書は、センシティブ情報の紛失等のリスクがあるため返却いたしません。

契約者一括告知書の記入例

いずれかを○で
囲んでください。

一括告知書を
複数枚ご記入さ
れる場合、必ず
ページ数をお書
きください。

告知欄で**いる**
の場合、該当す
る方について氏
名・傷病名・現
在の就業状況
など全てご記入
ください。
また、書ききれ
ない場合は、
ページ数をご記
入のうえ次ペー
ジ以降にお書き
ください。

総合福祉団体定期保険
団体定期保険 契約者一括告知書
拠出型団体定期保険

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

〇〇〇〇の箇所はもれなくご記入願います。

団体番号 〇 9 7 × × × ×

告知日 (和暦) ● 年 ● 月 ● 日
※「告知日(記入日)」を必ずご記入ください。

団体名 株式会社 ○ ○ ○ ○

代表者名 代表取締役 第一 太郎

事務担当署名(フルネーム) 山田 一郎

訂正する場合の修正方法
①訂正箇所を二重線で抹消
②余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
③正しい内容をご記入

契約者一括告知書の 1 ページ から ※1 3 ページ に記載された告知事項は以下のとおりです。

上記保険の申し込みまたは契約内容変更の申し込みに際し、各被保険者の健康状態等について確認のうえ、以下のとおり一括告知いたします。今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであり、一括告知書に記載の事項は事実と相違ありません。また、告知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ときは、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。なお、本告知事項に記載された全ての被保険者が、同時に案内される個人情報取扱について同意していることを確認しました。

契約日 (和暦) ● 年 ● 月 1 日 ※2 1 ページ

※1 複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約書欄は1ページ目のみの記入で結構です。※2 ページをご記入ください。

*** 告知欄 ***

① 告知日現在、病気やけがにより休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限(※)を含む)はいませんか。 いる いない

② 告知日から過去1年以内に病気やけがにより継続して2週間以上休務された方はいませんか。 いる いない

上記①もしくは②で「いる」の場合、該当する方についてご記入の上告知書用封筒に封入しご提出ください。書ききれない場合は、次ページ以降にご記入ください。

氏名(カナ)	生年月日	性別	傷病名	入院	手術	休務期間	和暦(元号を記入)	現在の就業状況	加入	申込保険金額(主契約)	既加入保険金額
ダイイチ タロウ	(昭和) 38年 1月 5日生	男	→ 高血圧	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	令和5年 4月 20日 ~ 令和5年 4月 25日	(内入院期間) 令和5年 4月 20日 ~ 令和5年 4月 25日	休務中	<input checked="" type="radio"/> 加入	500 万円	300 万円
オオモリ ジロウ	(昭和) 55年 5月 18日生	男	心筋梗塞	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	令和4年 11月 10日 ~ 令和4年 12月 30日	(内入院期間) 令和4年 11月 10日 ~ 令和4年 12月 15日	休務中	<input checked="" type="radio"/> 加入	400 万円	100 万円
トヨス サブロウ	(昭和) 54年 9月 20日生	男	椎間板ヘルニア	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	令和4年 9月 10日 ~ 令和5年 4月 25日	(内入院期間) 令和4年 9月 10日 ~ 令和4年 11月 25日	休務中	<input checked="" type="radio"/> 加入	400 万円	万円

この一括告知書
を記入する
日をお書きくだ
さい。

訂正する場合
の修正方法

- ①訂正箇所を二重線で抹消
- ②余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- ③正しい内容をご記入

* 告知事項① および② の「休務」、① の「健康上の理由」には、『労働基準法』第65条に基づく産前・産後休業、『育児休業、介護休業等育児または家族介護を行う労働者の福祉に関する法律』第2章及び第3章に基づく育児休業及び介護休業の事由のみで休務されている場合は含まれません。

※「就業の制限」とは

勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

※告知事項②の「継続2週間以上」とは

土・日・祝日等の非勤務日を含む継続2週間です。