

# 「無配当団体3大疾病保険の契約内容通知に関する確認書」は、被保険者個々の同意印の押印または自署に代えて、従業員代表者の同意により加入の同意確認を行うことができる書類です。

本紙を利用できるのは、次のご契約です。

- 無配当団体3大疾病保険企業支援特約が付加されていないご契約
- 新規契約申込(直近の制度内容変更申込)時に、従業員代表からの確認文書によって同意確認をおこなったご契約

## 「無配当団体3大疾病保険の契約内容通知に関する確認書」記入例

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛  
**無配当団体3大疾病保険の契約内容通知に関する確認書**

【同意確認の重要事項】  
 無配当団体3大疾病保険においては、保険契約者である団体が、被保険者になるうとする者へ、契約の内容を周知し、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周知のうえ、同意を確認してください。

今般、貴社と契約締結する(している)無配当団体3大疾病保険の契約内容及び個人情報の取扱いについて、上記の「同意確認の重要事項」に留意の上、添付の通知文書により、全加入対象者宛に通知しました。なお、被保険者となることの同意確認結果は下記のとおりです。

記

1. 通知の方法(いずれかに○を記入)

①  契約内容を記載した通知文書等を従業員等へ個別配付(メールによる社内通知等を含む)

②  個別に契約内容等を連絡

③  契約内容を記載した資料を、就業規則等の運用に従い、保険契約者である団体内で有効に機能している周知方法に従って、特定の場所に掲示等(以下に具体的な方法を記載)

(方法 \_\_\_\_\_ )

2. 不同意者の有無

①  不同意者有り(不同意者名簿を添付いたします。)

②  不同意者無し

以上

3. <確認日> 令和 8 年 2 月 25 日 ※同意日以降であること

保険契約者名  
**ひまわり商事株式会社**

代表者(役職名・氏名)  
**代表取締役 ひまわり 次郎** 

所定の手続きにより、保険契約の内容、保険会社に提出される帳票に記載の個人情報の取扱いについて、通知を受けたことを、従業員を代表して報告します。

3. <同意日> 令和 8 年 2 月 25 日 ※確認日以前であること

所属部署名 **営業部**

4. 役職名 **主任**

従業員代表 **大阪 三太郎** 

※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にのみ利用され、それ以外の目的で利用することはありません。

### ① 通知の方法について

該当する通知方法に○をご記入ください。なお、3. に該当する場合は、具体的な方法を記載願います。

### ② 不同意者の有無の確認について

いずれかを○で囲んでいただき、不同意者有りの場合は不同意者名簿を提出いただきます。(不同意者については被保険者から除外します。)

### ③ で囲んだ箇所の日付記入について

以下の日付は、それぞれ本紙の記入日をご記入ください。

- 保険契約者となるべき者(法人)の代表の確認日
  - 契約内容の通知を受けた被保険者となるべき者(役員・従業員)の代表の同意日
- 記入日は、「無配当団体3大疾病保険についてのお知らせ」に記載の「締切日」以後かつ加入申込日以前(いずれも同一日可)となる必要があります。

≤  ≤

### ④ 被保険者となるべき者の代表について

従業員代表は、任意で選任するのではなく、労働組合があればその委員長、なければ就業規則の変更等の場合に労働基準監督署への届出の際に従業員代表となっている方としていただきます。また、中途加入の場合は中途加入者の中から選出した方もかまいません。

\*役員や、ご加入者宛通知文書「無配当団体3大疾病保険についてのお知らせ」の担当者は従業員代表とはなれません。

### ⑤ 記名・捺印について

- 契約者名、代表者(役職名・氏名)は契約申込書と同一であることを確認してください。
- 契約者代表者印は契約申込書に捺印いただき印と同一の印をご使用いただきます。
- 従業員代表の方には自署・捺印いただきます。
- 捺印受領後、本書原本をご提出ください。