

2026 年 2 月 13 日

< 1 >

各位

〇〇株式会社

無配当団体3大疾病保険についてのお知らせ

今般、当社の福利厚生制度の財源確保を目的として、生命保険会社と契約締結する下記内容の無配当団体3大疾病保険制度の加入に際し、従業員各位に制度内容の確認をいただいたうえで、本制度の運営維持を図りたくご連絡いたします。

本制度は従業員の治療と仕事の両立支援を目的に、会社が保険料を負担し、従業員が被保険者として加入する保険制度です。具体的には、従業員が3大疾病（がん・急性心筋梗塞・脳卒中）に罹患した際の治療費用負担や休職による収入減少に備えるための福利厚生制度となります。なお、加入日より前にがんと診断確定されたことがある場合は、がんを原因とした保険金は支払われません。本通知に対して特段申出がない場合は、本制度の趣旨をご了解いただいたものとして取扱いをさせていただきます。

また、本制度上の保険金額決定基準に基づき、昇格・昇給等により保険期間中に被保険者個々の保険金額に変更が生じた場合、および保険契約の毎年の更新時には改訂趣旨の確認をさせていただきます。

見本

本保険契約は、会社を保険契約者とする無配当団体3大疾病保険です。各種事務手続きにつきましては、保険契約者と保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社との間で行うため、保険契約者は、本保険の運営において入手する個人情報、本保険の事務手続きの目的において使用します。保険契約者は本保険の適切な運営を目的として、加入対象者の個人情報（氏名、性別、生年月日、就業状況、現在および過去の傷病歴等）を利用し、また保険契約者が保険契約を締結する生命保険会社へ提出いたします。生命保険会社は受領した全ての個人情報を各種保険契約の引受・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、生命保険会社の関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスの案内・提供および契約の維持管理、生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、その他、保険に関連・付随する業務のために利用し、また、生命保険会社は取得している個人情報を、保険契約者および他の引受保険会社全社に上記目的の範囲内で提供することがあります。また、生命保険会社は引受リスクを適切に分散するために再保険を行うことがあり、再保険会社における当該保険契約の引受・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払いに関する利用のために、契約内容に関する情報、健康状態に関する情報などを再保険会社に提供することがあります。なお、今後、被保険者に関する個人情報の変更等が発生した際にも、上記に準じて個人情報が取扱われます。（各種商品・サービスの詳細は引受保険会社のホームページをご覧ください。）

（注）保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

< 2 >

契約日(中途加入日・契約内容変更日)	2026 年 3 月 1 日(保険期間1年以降自動更新)	
委託生命保険会社	SOMPOひまわり生命保険株式会社	
契約者	会社(保険料は全額会社が負担します)	
被保険者の範囲	常勤役員・従業員	
主契約	趣旨	福利厚生制度の支払財源に充当するため
	保険金受取人	被保険者
	保険金額決定基準	見舞金等規程に基づく金額 (上皮内新生物等診断保険金：主契約保険金額の10%)
企業支援特約	趣旨	退職した所属員の復職時の職場環境整備費用など、企業・団体負担の諸費用の財源を確保するため
	保険金受取人	会社(被保険者の了知をもって保険会社に請求します)
	保険金額決定基準	主契約保険金額の100% (特約上皮内新生物等診断保険金：特約保険金額の10%)

< 3 >

本件について特段のお申出のない場合は、上記契約内容・趣旨をご了承いただいたものとして取扱いさせていただきます。上記内容への照会がある場合、また、保険加入のご了承をいただけない場合は、以下の締切日までに担当者宛にお申出ください。

なお、保険金額決定基準に基づき、保険期間中に被保険者個々に保険金額の変更が生じた場合は、改めて本趣旨のご了承の確認をさせていただきます。

< 4 >

締切日	2026 年 2 月 23 日		
担当者(照会先)	所属	担当者名	TEL
	総務部	山田 花子	(03) 1234 - 5678

以上

【生命保険会社からのお願い】

上記お知らせ文には、契約内容等の重要な事項が記載されておりますので、内容を十分ご確認願います。

「無配当団体3大疾病保険についてのお知らせ※」(以下、「お知らせ」)を使用し、被保険者となる方にご契約内容をご通知します。被保険者となる方が、保険契約の内容(保険金額、保険金受取人等)および個人情報の取扱いについて、契約者からの通知内容を了知し、この保険契約の被保険者となることに同意することを確認します。

ご担当者様にご記入いただく箇所

- < 1 > お知らせ内容の通知日をご記入ください。
- < 2 > 「被保険者加入申込書兼一括告知書」に記載のご加入年月と同じ年月をご記入ください。
- < 3 > ご契約内容をご確認ください。
- < 4 > 無配当団体3大疾病保険の事務手続きご担当者様の照会先についてご記入ください。
※締切日は通知日(上記<1>)以降、被保険者加入申込書兼一括告知書の申込日(告知日)以前の日付を設定してください。

※加入のお手続きには「お知らせ」(写し1枚)の添付が必要です。雛形がお手元ない場合は、下記までお問合せください。

<お問合せ先>

SOMPOひまわり生命保険株式会社 団体保険グループ

専用ダイヤル：0120-934-215(音声ガイダンス後「1」を選択ください)

受付時間/月～金 9:00～17:00(祝日・12月31日～1月3日を除く)