

記入日:(西暦) 年 月 日

あて先:東京海上日動あんしん生命保険株式会社

保険契約者	団体名	
	代表者役職名 氏名	様 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

**総合福祉団体定期保険の「不同意者名簿」について**

今般、貴社と契約締結しました総合福祉団体定期保険につきまして、従業員に対し、被保険者となることの同意確認を実施した結果、次の者について不同意の申し出がありました。

つきましては、被保険者名簿(または男女別年齢別人員構成表)より除外いたしますので、よろしくお取り扱い下さい。

**不同意者名簿**

氏名	性別	生年月日	備考欄
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	
様		年 月 日	

生命保険会社は、本帳票に記載の個人情報について、この保険への加入不同意者であることを確認するためのみに利用し、それ以外の目的で利用することはありません。