

平成 年 月 日

組 合 員 各 位

大阪府市町村職員共済組合

弔慰金・高度障害見舞金についてのお知らせ

今般、弔慰金・高度障害見舞金規程に基づく、総合福祉団体定期保険（以下、保険）の加入手続きに際し、組合員の皆さまに下記事項を了解いただき、本事業の運営をはかりたくご連絡いたします。

当事業は皆さまに不慮の事態が生じた場合に備え、共済組合が保険料を負担し、皆さまが被保険者として加入する制度です。

皆さまに万一のことがあった場合に弔慰金・高度障害見舞金規程で定められた金額をご遺族に支払うことになります。

また、当該保険の運営に当っては、共済組合は組合員（被保険者）の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）{以下、個人情報}を取り扱い、共済組合が保険契約を締結する生命保険会社へ提出いたします。共済組合は、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用（注）し、また、共済組合に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き共済組合および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。

引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

なお、委託生命保険会社の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ(<http://www.meijiyasuda.co.jp>)をご覧ください。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

当件について特段の申し出がない場合は、本趣旨をご了解いただいたものとして取扱いさせていただきます。保険契約の内容につきご照会のある場合は、下記照会先までお尋ねください。

記

加入日	採用（転入）日の属する月の翌月 1 日
契約の趣旨	弔慰金・高度障害見舞金の支払財源に充当するため
加入対象者	大阪府市町村職員共済組合の組合員本人
保険金額	1 0 万円
保険金受取人	被保険者の同意を得た保険契約者
委託生命保険会社名	明治安田生命保険相互会社

・上記内容で保険加入の了解をいただけない場合は、採用（転入）日の属する月の末日までに下記宛申し出て下さい。

・照会先 大阪府市町村職員共済組合 総務課
電話 0 6 （ 6 9 4 1 ） 4 8 0 5

以 上

<生命保険会社からのお知らせ>

上記事項をご確認ください。ご加入の了解をいただけない場合は、ご契約者様宛お申し出いただきますようお願いいたします。