

団体総合生活保険 脱退(解約)申込書

(申出日) 年 月 日

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

(個人情報の利用目的)
本記載の情報について、引受保険会社への
解約手続きのために利用させていただきます。

次のとおり互助会の取り扱う保険を解約します。

カナ シメイ		連絡先	※日中連絡のつく電話番号を記入してください。		
氏名 (自署)			携帯	-	-
			自宅	-	-
証券番号 または 加入者番号	※不明な場合不要			※互助会記入欄 解約年月	
契約者 住所	※証券番号または加入者番号が不明な場合ご記入ください				

※該当する項目の□に \checkmark 印をつけてください。

保険種別 (項目コード)	解約区分	(一部解約の場合) 解約する者の氏名(カナ)	※互助会処理欄
傷害補償 特定感染症補償特約※ も同時に解約となります	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		
個人賠償責任補償特約 (オプション) 弁護士費用アシスト※ も同時に解約となります	<input type="checkbox"/> 解 約		
あんしんメディカル (医療補償)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		
がん補償特約 (オプション)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		
介護補償特約 (オプション)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		

毎月10日締切(互助会受理)とし、翌月1日午後4時で解約になります。
ただし、9月1日～12月31日までは中途解約の受付はいたしません。

※ 特定感染症補償特約、弁護士費用アシストのみの解約は一斉募集時しかできません。

記入例

団体総合生活保険 脱退(解約)申込書

申出日を記入
してください

申出日) 20●●年 2月 5日

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

(個人情報の利用目的)
本記載の情報について、引受保険会社への
解約手続きのために利用させていただきます。

次のとおり互助会の取り扱う保険を解約します。

カナ シメイ	ゴジョ タロウ	連絡先	※日中連絡のつく電話番号を記入してください。	
氏名 (自署)	互助 太郎		携帯	090 - 1234 - 5678
			自宅	06 - 1234 - 5678
証券番号 または 加入者番号	G123456789		※不明な場合不要	
契約者 住所			※証券番号または加入者番号が不明な場合ご記入ください	
			※互助会記入欄 解約年月	

※該当する項目の口にし印をつけてください。

全員解約の場合は記入不要です
解約する方の氏名を記入してください

保険種別 (項目コード)	解約区分	(一部解約の場合) 解約する者の氏名(カナ)	※互助会処理欄
傷害補償 特定感染症補償特約※ も同時に解約となります	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		
個人賠償責任補償特約 (オプション) 弁護士費用アシスト※ も同時に解約となります	<input checked="" type="checkbox"/> 解 約		
あんしんメディカル (医療補償)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input checked="" type="checkbox"/> 一 部	ゴジョ ハナコ	
がん補償特約 (オプション)	<input checked="" type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		
介護補償特約 (オプション)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		

毎月10日締切(互助会受理)とし、翌月1日午後4時で解約になります。
ただし、9月1日~12月31日までは中途解約の受付はいたしません。

※ 特定感染症補償特約、弁護士費用アシストのみの解約は一斉募集時しかできません。