

※9月1日～12月31日までは中途脱退(解約)の受付はいたしませんのでご注意ください。

退会者用

団体総合生活保険  
スマート団体総合生活保険(すまだん)

脱退(解約)申込書

(個人情報の利用目的)

本記載の情報について、各制度引受保険会社への解約手続きのための情報提供及び  
互助会の給与控除事務に利用させていただきます。

(ご記入日)	年 月 日	赤枠(太枠)部分を必ずご記入ください	
契約者住所	〒 -		※互助会記入欄 <input type="checkbox"/>
フリガナ		連絡先電話番号	(携 帯) - - <input type="checkbox"/>
氏名(自署)			(自 宅) - - <input type="checkbox"/>
証券番号	G		

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

次のとおり互助会の取り扱う保険を解約します。(毎月10日互助会必着で翌月1日脱退(解約)になります。)

↓該当する項目の□に☑印をつけてください。注)特定感染症補償特約、弁護士費用アシストのみの途中解約はできません

団体総合生活保険	保険種別	解約区分	「一部」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		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	あんしんメディカル (医療補償)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	がん補償	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

スマート団体総合生活保険(すまだん)	保険種別	解約区分	「本人型」の場合、解約する者の氏名(カナ)	※互助会処理欄
	傷害補償	<input type="checkbox"/> 本人型 <input type="checkbox"/> 家族型		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	個人賠償責任補償特約 (オプション)	<input type="checkbox"/> 家族型		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	医療補償	<input type="checkbox"/> 本人型		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	がん補償	<input type="checkbox"/> 本人型		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 本人型		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**記入例**

※9月1日～12月31日までは中途脱退(解約)の受付はいたしませんのでご注意ください。

退会者用

**団体総合生活保険  
スマート団体総合生活保険(すまだん)**

**脱退(解約)申込書**

(個人情報の利用目的)  
本記載の情報について、各制度引受保険会社への解約手続きのための情報提供及び互助会の給与控除事務に利用させていただきます。

(ご記入日) 202●年 ●月 ●日 赤枠(太枠)部分を必ずご記入ください

契約者住所	〒 545-●●●●		※互助会記入欄							
	大阪市 ○○○区 ○○町 1-2-3		<input type="checkbox"/>							
フリガナ	ゴジョ	タロウ	連絡先電話番号	(携 帯) 090 - 0000 - 0000						
氏名(自署)	互助 太郎			(自 宅) 06 - 0000 - 0000						
証券番号	G	7	1	2	3	4	5	6	7	8

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

次のとおり互助会の取り扱う保険を解約します。(毎月10日互助会必着で翌月1日脱退(解約)になり

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

↓該当する項目の□に☒印をつけてください。

注)

解約はできません。

団体総合生活保険	保険種別	解約区分	「一部」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			<input type="checkbox"/>
	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			<input type="checkbox"/>
	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		<input type="checkbox"/>
	がん補償	<input checked="" type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部			<input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部			<input type="checkbox"/>

スマート団体総合生活保険(すまだん)	保険種別	解約区分	「本人型」の場合、解約する者の氏名(カナ)	※互助会処理欄	
	傷害補償	<input type="checkbox"/> 本人型 <input type="checkbox"/> 家族型			<input type="checkbox"/>
	個人賠償責任補償特約 (オプション)	<input type="checkbox"/> 家族型			<input type="checkbox"/>
	医療補償	<input type="checkbox"/> 本人型			<input type="checkbox"/>
	がん補償	<input type="checkbox"/> 本人型			<input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 本人型			<input type="checkbox"/>

**記入例**

※9月1日～12月31日までは中途脱退(解約)の受付はいたしませんのでご注意ください。

退会者用

**団体総合生活保険  
スマート団体総合生活保険(すまだん)**

**脱退(解約)申込書**

(個人情報の利用目的)

本記載の情報について、各制度引受保険会社への解約手続きのための情報提供及び互助会の給与控除事務に利用させていただきます。

(ご記入日) 202●年 ●月 ●日

赤枠(太枠)部分を必ずご記入ください

契約者住所	〒 545-●●●●		※互助会記入欄	
住所	大阪市 ○○○区 ○○町 1-2-3		<input type="checkbox"/>	
フリガナ	ゴジョ	タロウ		
氏名(自署)	互助 太郎		連絡先電話番号	(携帯) 090 - ○○○○ - ○○○○
証券番号	G	7	1	2
		3	4	5
		6	7	8
				(自宅) 06 - ○○○○ - ○○○○

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

次のとおり互助会の取り扱う保険を解約します。(毎月10日互助会必着で翌月1日脱退(解約)になります。)

↓該当する項目の口にし印をつけてください。

注) 特定感染症補償特約、弁護士費用アシストのみの途中解約はできません。

団体総合生活保険	保険種別	解約区分	「一部」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			<input type="checkbox"/>
	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			<input type="checkbox"/>
	あんしんメディカル (医療補償)	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部			<input type="checkbox"/>
	がん補償	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部			<input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 一 部			<input type="checkbox"/>

「家族型」解約の場合は記入不要です  
「本人型」解約の場合は解約する方の氏名を記入してください

スマート団体総合生活保険(すまだん)	保険種別	解約区分	「本人型」の場合、解約する者の氏名(カナ)	※互助会処理欄	
	傷害補償	<input type="checkbox"/> 本人型 <input checked="" type="checkbox"/> 家族型			<input type="checkbox"/>
	個人賠償責任補償特約(オプション)	<input type="checkbox"/> 家族型			<input type="checkbox"/>
	医療補償	<input checked="" type="checkbox"/> 本人型	ゴジョ ハナコ		<input type="checkbox"/>
	がん補償	<input type="checkbox"/> 本人型			<input type="checkbox"/>
	介護補償	<input type="checkbox"/> 本人型			<input type="checkbox"/>