

# 現職会員医療保険解約申込書

一般社団法人 岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

以下のとおり保険契約の解約をします。

解約申込日	年 月 日 ※当連盟に本書類が到着した日の属する月の末日を解約日とさせていただきます。 一度解約された契約は元に戻すことができませんのでご注意ください。
会員番号	
フリガナ	
会員氏名	印
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	〒 -
電話番号	
会員種別	1. 現職会員 2. 医療任意継続会員
解約理由	1. 退職会員資格を取得しており「退職会員医療保険」契約により、 医療費給付を請求するため。 2. その他 〔 〕
添付書類	1. 保険証券 2. 保険証券紛失により添付不能
現職会員の場合 所属団体代表者 及び分会長の承認	上記の者が保険契約を解約することを認めます。 年 月 日  団 体 名 代表者名 印 分会長名 印

## 【連盟使用欄】

保険契約解約年月日	年 月 日		
医療任意継続会員の場合 返還する未経過保険料	円	返還日	年 月 日
保険期間残月数	(解約日の翌月) 年 月 から (満 60 歳到達日の属する月) 年 月 まで	カ月	
未経過保険料	(月額保険料) @ _____ × (保険期間残月数) _____ カ月 = _____ 円		

担当者	検 印	審 査	決 定