

退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. 退職会員		2. 遺族配偶者会員				
解約理由							
添付書類	1. 保険証券		2. 保険証券紛失により添付不能				

【連盟使用欄】

保険契約解約年月日	年 月 日					
退職会員の場合 解約返戻金	円	送金日	年 月 日			
(退職会員資格取得年月) (解約日の翌月) (1年未満の端数は切上げ)						
保険契約経過年数	年 月	から	年 月	まで	ヵ月	
(一時保険料) (保険契約経過年数) (負値の場合はゼロ)						
解約返戻金	円×0.5/20×(20—年) = 円					

担当者	検 印	審 査	決 定