

共助会総合保険解約兼 退職互助積立金返戻申込書

受付日

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

●ご記入前に必ず、お読みください。

- (1) 本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。
- (2) 本書類提出後の解約の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
- (3) 解約日以降に発生した給付金については補償されません。
- (4) 退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。

▼ **枠内のご記入をお願いします。**

申込日 平成 年 月 日

私は、以下により共助会総合保険契約の解約および退職互助積立金返戻を申込みいたします。

保険契約者	会員コード		会員氏名		印
	団体コード	健保番号	フリガナ		
			漢字		

解約に伴う注意事項

▼共助会総合保険契約の解約により解約返戻金が発生する場合は、共助会給付金振込口座(会員ご本人名義または所属団体)に振込みいたします。団体を経由して共助会給付金を受けていた方は、団体経由での返戻になります。

退職日・事由発生日(解約日)	解約時の年齢	解約後の連絡先電話番号(必ず記入してください。)
平成 年 月 日	才	

※退職による解約の場合は、社会保険の資格喪失日ではなく、実際に退職された日をご記入ください。

解約理由(該当理由の番号に○をしてください。)

1. 定年退職・選択定年退職
退任・60歳以上の退職

2. 自己都合による退職

4. その他・退職以外

理由

共助会使用欄

共助会総合保険			
解約年月	平成 年 月		
共助会給付状況	脱退給付金(～平成19年3月)		
	無	有	円
	無	平成19年4月以降の契約者	
有	脱退給付金発生しない		

退職互助積立金	
積立状況	解約(積立)返戻金
<input type="checkbox"/> 積立満了者 →	円
<input type="checkbox"/> 積立期間中 →	
<input type="checkbox"/> 積立開始前	積立なし 解約返戻金発生しない
<input type="checkbox"/> 未加入者	

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検証	起案