



JA 福島共助会

退職互助医療保険解約申込書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

下記解約理由により、次の保険契約について解約しますので、保険契約証(会員証)を添えて申し込みます。また、解約により返戻金等がある場合は、この申込書により返戻金等の請求をいたします。なお、解約により私と貴会の間でこの契約にかかる一切の権利義務関係が消滅することを確認いたします。

退職互助様式7号
退職互助医療保険会員用

受付日

令和 年 月 日 申込

契約者会員様記入欄													
会員コード				契約者会員氏名						印			
住 所													
〒 ー 都 道 府 県													
解約理由													
ア. 保障内容が現在のニーズに合わないため。イ. 臨時の出費等によりまとまった資金が必要となったため。 ウ. その他()													
添付書類: ①保険契約証または会員証(原本) ②ご契約者様本人であることが確認できるものの写し(マイナンバーカード(顔写真面)、運転免許証、パスポートなど)													
解約返戻金振込先口座(※口座変更のある場合のみ記入してください。)													
解約返戻金振込先金融機関名(JA名)							振込先金融機関店舗名						
							本店・本所 支店・支所						
金融機関コード				店舗コード			口座番号						
添付書類: 通帳の写し													
注意事項: ご契約者様と同名義の口座をご指定ください。													

共助会記入欄													
給付の有無		1. 有		2. 無		給付金総額			円				
契約日				保険開始年月日				解約年月日					
平成 年 月 日 令和				平成 年 月 日 令和				令和 年 月 日					
解約返戻金計算													
☐ 待機会員													
(積立金)※個人負担分				(一時払積立金)				(解約返戻金額)					
円				円				円					
☐ 互助会員													
(積立金)※団体負担分含む				(一時払積立金)				(経過月数)					
円				円				× 0.25/20/12 × (240月 - 月)					
(解約返戻金額)													
円													

※この届出によって取得する個人情報については、当会の給付金支払・商品・サービスの案内・提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。

事務局長	検証	起案