

ライフサポートプラン等退職後継続脱退・解約申出書

氏 名	生年月日
	年 月 日
住 所	
〒 —	
連 絡 先	
— —	

◎ 脱退・解約を希望される下記の保険に☑のご記入をお願いします。

- ☐ 加入しているすべての保険
- ☐ ライフサポートプラン
- ☐ ライフサポートプランⅡ型
- ☐ ライフサポートプランZコース
- ☐ 医療保障保険
- ☐ 総合医療サポート（生保部分・損保部分）
- ☐ 医療費支援制度（外来・先進医療型）
- ☐ 重病克服支援制度
- ☐ 持物安心プラン

一般財団法人 鳥取県市町村職員互助会理事長 様
年 月 日

上記の保険について、脱退・解約を申し出ます。

氏 名 (自署)

* 加入の有無をお確かめの上、郵送又はFAXにて報告をお願いします。

【互助会TEL 0857-26-2421】

【互助会FAX 0857-27-3030】

*毎月月末までに当互助会で受付した申出書については、翌月より脱退・解約の取扱いとなります。
ただし、記入漏れなどにより不備がある場合、脱退・解約が遅れる場合がありますので、予め、ご了承ください。