

## 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。