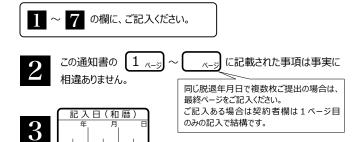
総合福祉団体定期保険

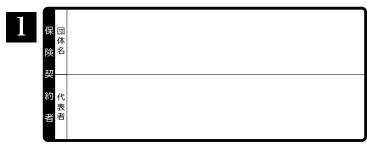
退 通

整理番号パーコードシール貼付欄 (第一生命使用欄)

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

以下のとおり、被保険者の脱退を通知します。





所 0.0.0.0.0.000

ページをご記入ください。 脱退年月日は、退職等で加入 ご記入ある場合は契約者欄は 資格を失われた日の翌月応当日 (通常は1日)となります。 1ページ目のみの記入で結構です。



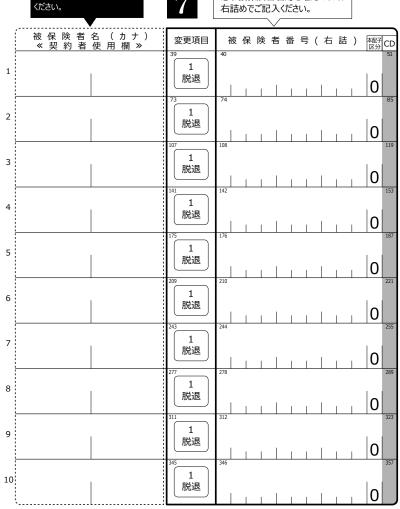
5

脱退年月日(和暦) 6 0 | 1

手続き上記入の必要はござい ませんが、必要に応じてご利用 ください。

被保険者番号は、誤りのないよう 必ず被保険者名簿を確認のうえ、 右詰めでご記入ください。

必ず ご記入ください。



- 注意 1.お手続きが遅れた場合、お申し出どおりの取扱をいたしかねる場合がございます。あらかじめご了承ください。
- 注意 2.死亡脱退の場合、必ず保険金請求書類をご提出ください。
- 注意 3.訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に訂正者の押印またはご署名 (フルネーム) のうえ、正しい内容をご記入ください。

<連絡欄>

団体保障事業部 点検 入力後点検 入力

K₁3₁0 / 0₁0₁6₁4₁0

団体保障事業部 受付印

書類受領所管 受付印



団保[登]06001-03 2021.1 保存期間3年 本