（様式第８号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日必須

　　 　　　　 　保　険　契　約　解　約　届

保険契約を以下のとおり解約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解約を申し込まれる方（保険契約者） | 保険証券番号 |  | 契約プラン | Ａ　　Ｂ |
| 氏 　名 | ㊞ |
| 住　 所 |  |
| 保障を受けられていた方（被保険者氏名） |  |
| 解 約 年 月 日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 解 約 理 由 |  |
| 振込先金融機関 | 銀　行　名 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| 銀行支店 | 普通預金 | フリガナ（　　　　　　） |

（※１）保険料の返還がある場合、原則、契約者本人の口座を記入してください。

なお、振込金融口座が契約者または被保険者以外の場合は、事務局までご連絡ください。

（※２）年度により、解約理由が死亡の場合、追加給付の死亡弔慰金が支払われます。

|  |
| --- |
| 保険契約の解約について、契約者本人からの申出であることを確認しました。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　支部名：　　　　　　　　　　　　支部長：　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認 |  |
| 契約期間 | 　　 年　　 月　 　日 　 ～　 年　　 月　　 日 |
| 過収保険料・未経過保険料 | 有 ・ 無 | 管理台帳登録 | 　　 年　　　月　　　日 |
| 備　　　 　　考 | 　 |