

生命傷害共済（脱退・減額）申込書

被共済者氏名	脱退・減額日	生命傷害共済 脱退・減額額	生命共済 脱退・減額額	傷害共済 脱退・減額額	脱退事由
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	
	西暦 年 月 末日	万	万	万	

代理所No	事業所No	代理所名
事業所名		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>		

<書類の書き方・注意点>

1. 脱退・減額を申込みする共済の金額欄に脱退・減額額を記入して下さい。
2. 受給資格のある脱退者については給付手続きをして下さい。
3. 申込日と提出日の間に期間があった場合は、手続きの間に合う最短の日が脱退・減額月になります。

(検印欄)		
事務局長	部長	担当
代理所		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>		

※検印欄は事務処理に使用しますので記入しないで下さい。