

保険契約の中途解約依頼書

法人用

| | | |
|-------|-------|--|
| ご提出方法 | FAX | 050-3032-9964 |
| | メール添付 | mirai-syotan@jpmc.jp |

◆【注意事項】ご記入前に必ずお読みください◆

- ① 太枠内は保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。（指定口座を含む）
- ② 解約日が受付日以前となっている場合や記載がない場合は、受付日を解約日としてお手続きさせていただきます。受付日の記入がない場合は、本書が弊社に到着した日付が受付日となります。
- ③ 「返戻指定口座」は契約者名義のもの以外にご指定になれません。（法人名変更の場合は弊社へご連絡ください）法人代表者・担当者個人名義の口座は受付不可となりますので、必ず法人名義の口座を記入ください。
- ④ 本書類ご提出後の撤回および内容の修正は、お受けいたしかねますので、内容が確定してからご提出ください。
- ⑤ 解約返戻金が発生する場合、解約返戻金の払込みまでには、本書類が弊社に到着後1カ月程かかります。

みらい少額短期保険株式会社 宛

以下のとおり保険契約の解除を依頼します。

受付日

| | | | | | |
|--------|---|-------------------|---|---|---|
| 証券番号 | | 解約日 (受付日以降の日付) | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | 連絡先 (必ず記入下さい) | | | |
| 保険契約者 | | | | | |
| 保険対象住所 | 〒 | | | | |

- 保険契約名義人と同一名義の口座をご指定下さい。（それ以外の名義口座のご指定はできません）
- 保険期間の残月数が1ヶ月未満の場合、返戻金はございません。

| 返 戻 指 定 口 座 | 金融機関名 | | 支店名 | | 貯金種目 | 口座番号（右詰で記入） | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------|-------|-------|----------|-------------|--|--|--|--|
| | （法人名義） | 銀行 | 本店 | 1. 普通 | | | | | | |
| | | 信用金庫 | 支店 | 2. 当座 | | | | | | |
| | 信用組合 | 出張所 | 3. 貯蓄 | | | | | | | |
| | 農協 | | | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 通帳 記号 | | | 通帳 番号 | | | | | |
| | 口座名義人 (カタカナ記入) | | | | | | | | | |

解約完了通知を発行をいたします。登録時の書類送付先住所と異なる住所をご希望の場合は下記へ記入ください。

(ご住所) 〒

(お名前)

 みらい少額短期保険株式会社

TEL : 0120-651-051

(受付時間：平日 10:00~17:00)

| 保険会社使用欄 | | | |
|---------|-----|-------|----|
| 解約処理 | 振込日 | 処理担当者 | 備考 |
| | / | | |