

## 日臨技リンクス 脱退届

記入日 年 月 日

下記事項をご記入の上、下記宛先まで郵送またはFAXにてお送りください。

日臨技会員番号							
加入者氏名 (日臨技会員)	(フリガナ)						
	加入者 自署						
被保険者氏名	(フリガナ)						
脱退年月	_____年_____月末で脱退						
脱退される 保険種目  <u>脱退される項目に ✓をいれてください。</u>	<input type="checkbox"/> 傷害補償 <input type="checkbox"/> 個人賠償責任補償 <input type="checkbox"/> 医療補償 <input type="checkbox"/> がん補償 <input type="checkbox"/> 団体長期障害所得補償						

### ■ ご注意

※毎月 25 日までに提出いただくと、その月の末日脱退となります。

(例) 11 月末日で脱退を希望される場合、11 月 25 日までに本紙をお送りください。

※脱退月の翌月 27 日が掛金の最終引落日となりますのでご注意ください。

### ■ お問い合わせ・送付先

株式会社メディックプランニングオフィス

〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 3F

フリーダイヤル：0120-610020 FAX：0120-035466