

視能訓練士賠償責任保険 脱退届

ご記入日：平成 年 月 日

私は、平成 年 月末日限りで、視能訓練士賠償責任保険の加入を脱退いたします。

公益社団法人 日本視能訓練士協会 会員番号					
加入者兼 被保険者氏名	(フリガナ)				印

* フルネーム自署の場合、押印不要

【払戻金のお振込口座】

銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協	本店	預金種目	口座番号 (右づめ)			
	支店 出張所	普通1 当座2				
郵便局	通帳記号(右づめ)		通帳番号(右づめ)			
	の					
(フリガナ)						
口座名義人						

* 必ずフリガナのご記入もお願いいたします。

※本紙の内容に関するお問い合わせ電話番号

(携帯・自宅・職場) TEL: - - (内線)

<ご注意事項>

※本紙を郵送またはFAXで下記までお送りください。

株式会社メディックプランニングオフィス FAX: 0120-035466

※毎月25日までにご送付いただければ、その月の末日限りで脱退手続きをさせていただきます。

(例: 4月末日限りで脱退ご希望の場合は、4月25日必着でお送りください。)

※脱退による返戻金の取り扱いは以下の通りです。

■脱退月ごとの返戻金

9月末	10月末	11月末	12月末	1月末	2月末	3月末	4月末	5月末	6月末
2,300	2,090	1,880	1,660	1,460	1,260	1,050	840	640	420

* 7月末での脱退は承っておりません。

■返戻金のお振込日: 脱退月の翌月上旬