

(株)メディックプランニングオフィス 宛

【FAX:0120-035466】

## 「Will-Life」脱退届

ご記入日: 年 月 日

私は、年 月末で、「Will-Life」を脱退いたします。

|                |                                      |  |  |  |  |  |
|----------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 会員番号           | R                                    |  |  |  |  |  |
| 加入者氏名<br>(扶養者) | <div>印</div> <p>*フルネーム自署の場合、押印不要</p> |  |  |  |  |  |

※上記ご署名は、扶養者を設定しているご契約については、扶養者のご署名となります。

※脱退返戻金のお振込口座 ※①または②のどちらかをお選びご記入ください。

|                         |                      |           |      |           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|----------------------|-----------|------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| ①                       | 銀行・労働金庫              | 本店        | 預金種目 | 口座番号(右づめ) |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 信用金庫・信用組合            |           | 支店   | 普通1       |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 農協                   |           | 出張所  | 当座2       |  |  |  |  |  |  |  |
| ② 郵便局                   | 通帳記号(右づめ)            | 通帳番号(右づめ) |      |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |                      |           |      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)                  | *必ずフリガナのご記入をお願いします   |           |      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人                   |                      |           |      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 本紙の内容に関する<br>お問い合わせ電話番号 | (携帯・自宅・職場) — — (内線 ) |           |      |           |  |  |  |  |  |  |  |

※脱退に伴うご返金につきまして、お振込手数料を差し引いてお振込みさせていただきますので、ご了承ください。

※本紙を同封の返信用封筒にて郵送、またはFAXで下記までお送りください。

(株)メディックプランニングオフィス 「Will-Life」事務局  
〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 3F  
TEL 0120-338-344 FAX 0120-035466