

Willnext 脱退届

※枠内全てにご記入いただき、郵送または FAX にてご対応をお願いいたします。 (締切日：脱退月の 25 日必着)

会員番号							記入日	年	月	日
							生年月日	年	月	日
加入者氏名	フリガナ									
	本人自署									
<p>【重要】Aプラン・Bプラン・Jプラン・Wプランは保険期間の途中で脱退することができません。補償期間の終了を以て更新停止のお手続きとなります。</p> <p>■全脱退 (すべて脱退する場合はこちらに☑をご記入ください。)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>■一部脱退 (1~10の脱退を希望する項目に☑をご記入ください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 看護職向け賠償責任保険 (AプランBプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 医療専門職向け賠償責任保険 (Jプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 福祉専門職向け賠償責任保険 (Wプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ケガ・感染・日常の賠償 (FKプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ケガへの補償 (Fプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 個人賠償責任補償 (Kプラン)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 医療補償</p> <p><input type="checkbox"/> 8. がん補償</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 団体長期障害所得補償</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Willnext-Dental (DKプラン)</p>										
脱退希望年月	西暦 年 月 日 月末日での脱退を希望します。									
連絡先	携帯番号：									
	メール：									

※電話での到着連絡は行っていません。到着確認が必要な場合はフリーダイヤル 0120-847861 までご連絡をお願いします。

◆返金先

クレジットカードへの返金是对应していません、クレジットカード決済をご利用の場合は返金先をご記入ください。

Aプラン・Bプラン・Jプラン・Wプランは補償期間の終了を以て更新停止となりますため返金はございません。

銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号 (右づめ)										
		普通1 当座2											
ゆうちょ銀行	記号 (6桁目がある場合は※にご記入ください)					通帳番号 (右づめ)							
	1				0	※							
(フリガナ)													
フリガナもご記入ください。													
口座名義人													