

# Willnext 脱退届

※太枠内全てご記入いただき、FAX または郵送にてご対応をお願いいたします。

共 済 会 No. (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					
<b>【重要】 Aプラン・Bプラン・Jプランは保険期間の途中で脱退することができません。次年度の更新停止でのお手続きとなります。</b>						
<b>■全脱退</b> (すべて脱退する場合はこちらに☑をご記入ください。)						
<input type="checkbox"/>						
<b>■一部脱退</b> (1~9の脱退を希望する項目に☑をご記入ください。)						
<input type="checkbox"/> 1. 看護職向け賠償責任保険 (AプランBプラン)						
<input type="checkbox"/> 2. 医療専門職向け賠償責任保険 (Jプラン)						
<input type="checkbox"/> 3. ケガ・感染・日常の賠償 (FKプラン)						
<input type="checkbox"/> 4. ケガの補償 (Fプラン)						
<input type="checkbox"/> 5. 個人賠償責任補償 (Kプラン) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">※個人賠償責任補償Kプラン単体でのご加入はできません。</span>						
<input type="checkbox"/> 6. 医療補償						
<input type="checkbox"/> 7. がん補償						
<input type="checkbox"/> 8. 団体長期障害所得補償						
<input type="checkbox"/> 9. Willnext-Dental (DKプラン)						
脱退希望月	西暦 年 月 日 月末日での脱退を希望します。					
連絡先	電話 : _____ メール : _____@_____ 注 : ご連絡の際はPCからメールをお送りします。PCのメールが受信できるように設定をしてください。					

★脱退用紙到着後のご連絡は行っておりません。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いたします。

## ◆返金先

**クレジット決済をご利用または、登録口座以外をご希望の場合は返金先をご記入ください。**

Aプラン・Bプラン・Jプランは次年度の更新停止となりますため返金はありません。

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											