

福社団体定期保険 脱 退 通 知 書

御中
アクサ生命保険株式会社 [事務幹事会社] 御中

No. _____

下記の通り脱退の通知をいたします。

この契約が共同取扱契約の場合、引受保険会社はそれぞれの引受割合による保険契約上の責任を負います。事務幹事会社は各引受保険会社の委任を受けて事務を行います。

コード	締切算入日
2	3 年 月 日
A 2 2	

「保険料送金通知書」又は「保険料払込のご案内」の払込期日をご記入ください。

顧客番号	制度番号	入金番号	事業所番号1	事業所番号2	事業所番号3

提出日	年	月	日	
保険契約者名	(お届出印)			
事業所所在地	〒 TEL ()			
事業所名				
代表者氏名	(印)			

加入者番号	区分	加入者(被保険者)氏名		生年月日				異動コード	脱退(死亡)日			保険金額	備考		
		姓(カタカナ)	名(カタカナ)	年号	年	月	日		年	月	日				
				③	④	⑤				001	002				
				昭	平	令				脱退	死亡				

小 計	(件数)	件	万円
-----	------	---	----

合 計	(件数)	件	万円
-----	------	---	----

通信欄	入力日	受付日②	受付日①	T35
	検 係			

保険会社用