

保険契約の中途解約依頼書

個人用

ご提出方法	FAX	03-6758-3995
	メール添付	mirai-syotan@jpmc.jp

◆【注意事項】ご記入前に必ずお読みください◆

- ① 太線枠内は保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。（指定口座を含む）
- ② 解約日が受付日以前となっている場合や記載がない場合は、受付日を解約日としてお手続きさせていただきます。
受付日の記入がない場合は、本書が弊社に到着した日付が受付日となります。
- ③ 「返戻指定口座」は契約者名義のもの以外にご指定になれません。（苗字変更の場合は弊社へご連絡ください）
- ④ 本書類ご提出後の撤回および内容の修正は、お受けいたしかねますので、内容が確定してからご提出ください。
- ⑤ 解約返戻金が発生する場合、解約返戻金の払込みまでには、本書類が弊社に到着後1カ月程かかります。

みらい少額短期保険株式会社 宛

以下のとおり保険契約の解除を依頼します。

受付日

証券番号		解約日 <small>(受付日以降の日付)</small>	年	月	日
フリガナ		連絡先 <small>(必ず記入下さい)</small>			
保険契約者					
保険対象住所	〒				


- 保険契約名義人と同一名義の口座をご指定下さい。（それ以外の名義口座のご指定はできません）
- 保険期間の残月数が1ヶ月未満の場合、返戻金はございません。
- ご契約者様死亡等、保険契約名義人以外の口座指定を希望の際は、弊社へご連絡下さい。

返戻指定口座	金融機関名		支店名			貯金種目		口座番号（右詰で記入）					
	ゆうちょ銀行	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	1. 普通									
		通帳 記号		2. 当座									
口座名義人 <small>(カタカナ記入)</small>			3. 貯蓄										

WEBのマイページにて変更情報をご確認頂けます。通知をご希望の場合は、送付先を下記へご記入下さい(未記入は発行しません)

(ご住所) 〒

(お名前)

 みらい少額短期保険株式会社

TEL : 0120-651-051

(受付時間：平日 10：00～17：00)

保険会社使用欄			
解約処理	振込日	処理担当者	備考
	/		