

異動承認請求書（法人契約用） 被保険者の削除・解約

メディカル少額短期保険株式会社 宛て

本日、以下の通り異動を請求いたします。記載内容は事実と相違ありません。

ご記入日（請求日）：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ご契約者（=異動請求者）】

商号 <small>代表者の役職及び氏名</small>	印
住所	〒
証券番号	

【異動内容】（□に☑の上、下線に数字を記載。複数異動可）

異動内容	異動日
<input type="checkbox"/> 被保険者の削除 → _____ 名 → 【A欄】と【B欄】に記載	西暦 _____ 年 _____ 月末日を以て
<input type="checkbox"/> 保険契約の解約 → 【B欄】に記載	西暦 _____ 年 _____ 月末日を以て

【A欄】（削除する被保険者名）

会員番号	氏名

※書ききれない場合は、別紙をご用意いただき添付してください。

【B欄】（被保険者の削除または解約の場合の解約返戻金の振込先）

金融機関名		支店名	
預金種目（いずれかに☑）	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	
口座名義（カタカナ）			