

解 約 申 請 書

記 入 例

協同組合企業共済会 御中

以下のとおり共済契約の解約(取消)を申請いたします。 ※太枠内にご記入、ご捺印ください。

申 請 者	申請日	2025	年	4	月	1	日	契約番号	0	0	0	0	1	2	3	4
	契約者 住所	〒	101-1111					契約者名	株式会社 企業共済							
		大阪府大阪市北区中之島3-3-3														
		中之島ビルディング														
	TEL	0120-816-931					代表者名	共済 太郎								

株式会社
企業共済代表社印をご捺印ください。
※角印は可。
シャチハタは不可です。

※該当申請内容に○印を付けて太線内をご記入ください。

01	共済契約の解約	02	共済契約の取消(発行日前の取消)	03	共済契約の取消(特認条件付帯の不承諾)
----	---------	----	------------------	----	---------------------

申請内容の対象契約(該当番号に○印を付けてご記入ください)					理由		
1	共済契約の全部	被共済者全員及び全加入コース					
2	共済契約の一部		被共済者名	対象コース名	理由	被共済者番号	備考
		1	共済 太郎	商品 I	05	12345678	
		2					
		3	下記から解約理由をお選びください。 該当がない場合は15その他にご記入ください。				
		4					
		5					
		6					
		7					
		8					

《解約理由》 当組合の参考にさせていただきたく、お差し支えない限りで解約のご事情を、該当者ごとの理由欄に以下の解約番号をご記入ください。

01. 経済上の理由で

08. 団体の吸収・合併のため

03. 他の保険、共済への切替えのため

12. 当共済コースの変更

() 保険・共済

15. その他 ()

05. 退職のため団体を脱退したため

1. 申請内容1項目につき本書1通ご使用ください。
2. 本書の解約の締切日は毎月10日です。(毎月10日までに受付した場合の解約日は翌月8日となります。)
3. 「発効日前の取消」の場合は、本書が発効日の前日までに当組合で受理された場合に限りです。
4. 「特認条件付帯不承諾による取消」の場合は、本書が発効日より起算して60日以内に当組合で受理された場合に限りです。

備 考	指定解約日	令和	年	月	日	事務局	受付日
							年