

## 酪農医療共済 「脱退届」

変更依頼日 **3** 年 **4** 月 **10** 日 脱退日 **3** 年 **5** 月 1 日

組合名		組合番号	被保険者番号				
代々木酪農業協同組合		13999	234				
変更区分	被保険者名 (加入者名) (フルネームで署名してください)		性別	生年月日			
脱退	カナ	ラクノウ サブロウ	男 女	年号	年	月	日
	漢字	酪農 三郎		昭和 平成	3 6	6 6	6 6

<現在ご加入のコース>

現在ご加入のコースに ✓ してください		
<input checked="" type="checkbox"/>	酪農ハイ・メディカルSUPER	基本コース
<input type="checkbox"/>	酪農ハイ・メディカルSUPER	充実コース
<input type="checkbox"/>	酪農ハイ・メディカルSUPER - II	1 口
<input type="checkbox"/>	酪農ハイ・メディカルSUPER - II	2 口

脱退の理由	退職のため。
-------	--------

加入者証返却の有無	あり・なし	添付できない理由	紛失
-----------	-------	----------	----

【ご注意】毎月20日までに全国酪農協会へ到着した分が翌月1日脱退扱いとなります。

契約者	一般社団法人 全国酪農協会
-----	---------------