

## 酪農医療共済 「脱退届」

変更依頼日	年	月	日	脱退日	年	月	1	日
-------	---	---	---	-----	---	---	---	---

組合名		組合番号	被保険者番号				
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		男 女	年号	年	月	日
	漢字			昭和 平成			

<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 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	
-------	--

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

【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
-----	---------------