

## 所得補償プラン解約届

一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 御中

このたび、下記の通り、所得補償プランの解約を申し出いたします。

なお、全国中小企業団体中央会規定により、補償期間および保険料の支払いは、この書類が上記協会事務局にて受理された月（毎月 25 日締切）の翌月までとすることを了承いたします。

被保険者（申込人）

会員番号：

氏 名： ㊞

解約理由：( )

申出日： 年 月 日

◇FAX または郵送にてお送りください

送信先：FAX 050-5812-0553

郵送先：〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町 7-16 ニッケイビル 3 階  
一般社団法人 全国鍼灸マッサージ協会

	受付日	登録日	確認
事務局記入欄			