

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。
解約にあたり下記について了承いたします。

- ・この書類が協会事務局にて受理された月（毎月末日締切）の翌々月 1 日までを補償期間とし、保険料の支払いが発生する。
- ・未払分保険料がある場合は、全て精算する。

【被保険者（申込人）】

会員番号：

氏 名： ⑩

解約理由：（ ）

申 出 日： 年 月 日

◆メール、FAX または郵送にてお送りください

送信先：E-MAIL kanrika@jamma.org

FAX 052-589-1728

郵送先：〒451-0045 愛知県名古屋市西区名駅 2-25-3 ハイネスト浜島 2 階 A
一般社団法人 全国鍼灸マッサージ協会 運営部管理課

事務局 記入欄	受付	確認	備考
	自動解約	最終引落日	年 月 日