

退 会 願

正	準	申
---	---	---

一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 御中

このたび、下記の理由により貴会を退会したいので以下事項に同意の上、申し出いたします。
なお、退会にあたって、貴会への会費等の未払い金がある場合には、これを清算することを誓約いたします。

- ・「全鍼協・安心補償プラン」（賠償責任保険・団体医療保険）に加入している場合は、退会日をもって契約が解約される。
- ・「所得補償プラン」に加入している場合は、補償期間及び保険料の支払いは、本退会願が当協会にて受理された月（毎月末日締切）の翌月分保険料までとする。
- ・「全国鍼灸マッサージ協会一人院長労災組合」及び「労災保険」に加入している場合、一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会退会日に基づき脱退及び解約される。但し、本退会願の受理が25日を過ぎた場合、脱退及び解約は退会日の翌月末日までとする。
- ・療養費申請サポート加入、AMMIASまたはAMMIAS Plus（以下AMMIAS等という）を契約している場合は、退会日をもって解約される。
- ・年会費、療養費申請サポート、AMMIAS等利用料は年度途中退会・解約をした場合でも返金はない。
- ・「全鍼協・安心補償プラン」「所得補償プラン」に加入している準会員の退会を届け出る場合、正会員は本退会願の内容について被保険者である準会員の同意を得ること。
- ・退会願受理時点での事務手数料率の摘要は、AMMIAS等解約後4ヶ月間の療養費支給分までとする。
- ・AMMIAS等ライセンス有効期日について、退会日の翌月末日まで利用可能とする。有効期日経過後、AMMIAS等アカウントは利用停止し、ログイン不可となるため、速やかにAMMIAS等のアンインストールを行う。

申し出日	西暦 年 月 日		
退会日	西暦 年 月 末日 ※退会日は、原則として <u>本退会願が当協会にて受理された日の月末日</u> です。年度末をもって退会等、申し出日の翌月以降の退会を希望する場合は退会希望年月を記入してください。		
退会者名		退会者 会員番号	
退会理由	1. 治療院を退職したため（退職日 西暦 年 月 日） 2. 他の団体に加入したため（団体名： ） 3. 廃業したため 4. その他（ ）		
退会者住所	〒	退会者 TEL	
退会手続きに 関する連絡先TEL			

正会員記入欄

正会員署名※	※準会員退会の場合は正会員が届け出るものとする
--------	-------------------------

賠償責任保険返戻金をご登録されている正会員引落口座へお振込みいたします。

◇ メール、FAX または郵便にてお送りください。
E-MAIL kanrika@jamma.org / FAX 052-589-1728
郵送先 〒451-0045 愛知県名古屋市中区西区名駅2-25-3 ハイネスト浜島2階A

事務局記入欄	退会日	安心補償プラン解約日	セット / 限定			C
	年 月 日	年 月 日				HP
	AMMIAS 等解約日	所得補償プラン解約日	月 日最終引落			返
	年 月 日	年 月 日				労