

愛知県職員生活協同組合理事長 様

所属名		組合員氏名	
コード		組合員番号	

(英字から始まる新組合員番号をご記入ください。)

	生協記入欄	被保険者氏名
グループ生命保険		

	保険料月額 (円)	添付書類
年金保険		★本届を受領後、別途必要書類をご案内します。
積立終身保険		

解約年月	年 月 末日 解約	* 記入月の翌月
------	-----------	----------

保険料払込中止年月	年 月から 払い込み中止*	* 解約年月の翌月
-----------	---------------	-----------

◆【記入例】、【注意事項】を参考に**太枠内**をご記入ください。

**【提出先】**

〒460-0001  
名古屋市中区三の丸2-3-2 愛知県自治センター3階  
愛知県職員生活協同組合 業務課保険担当 宛



ご不明な点がございましたら、生協へお問い合わせください。

愛知県職員生活協同組合  
保険担当  
TEL : 052-954-6851

**【提出締切】**

毎月末日（土日祝日の場合は前日）

**【記入例】**

・記入日が9月の場合・・・10月31日での解約となり、払込中止年月は、翌月の11月分となります。

**【注意事項】**

・グループ生命保険を中途解約（保険期間が満了となる6月30日以前での解約）された場合、その年度の配当金還付（剰余金が生じた場合）はありません。

・年金保険、積立終身保険に関しては、本届ご提出後、別途必要書類をご案内いたします。  
(給付金の受取方法や受取先を指定する書類を第一生命保険株式会社にご提出いただきます。  
戸籍謄本やマイナンバーなど、ご自身で別途ご用意いただく書類が必要な場合があります。)