

団体傷害保険
団体ゴルファー保険 解約届

記入日 年 月 日

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	氏名	型
団体傷害保険 ゴルファー保険			

解約年月 年 月 1 日午後4時 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 * 解約年月から2か月後

【注意事項】

- ・【記入例】を参考に**太枠内**をご記入ください。
- ・解約日は**記入日の翌月1日午後4時**となります。

【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



【注意事項】と【記入例】
を参考にご記入いただき、
生協まで提出してください。

【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15日の場合・・・10月1日午後4時での解約となり、保険料の払込は2か月後の控除のため、11月分までとなります。

解約年月 2024 年 10月1日午後4時 解約

保険料払込中止年月 2024 年 12月から払い込み中止

- ・生協組合員を脱退する場合
生協の脱退をもって解約となるため、生協の「脱退届出書」をご提出すれば、本届は提出不要です。 但し、生協所定の口座に2か月分の保険料をお振込みいただきます。