

## 解約依頼書

株式会社ヤマダ少額短期保険 宛

記入日 年 月 日

以下のとおり、保険契約の解約を依頼します。  
 解約による返還保険料は、指定口座にお振込みください。

|   |          |  |                     |
|---|----------|--|---------------------|
| <b>ご契約番号</b>  |          |  |                     |
| <b>解約日</b>  | 年 月 日    | ※ 記入日以前の日のご指定できません。<br>また翌々月以降の日もご指定できません。 |                     |
| <b>保険契約者</b>  | カナ       | 生年月日:                                      | 年 月 日               |
|   | (自署)     |  |                     |
| <b>ご連絡先</b><br><small>※登録されたものと異なる場合にご記入ください。</small> | 電話番号:    | -  | - ※日中のご連絡先をご記入ください。 |
|   | メールアドレス: | @  |                     |
| <b>解約理由</b>   |          |  |                     |

▼ 保険契約者ご本人名義の口座をご記入ください。保険期間の残月数が1か月未満の場合は返還保険料はありませんので記入不要です。(\*欄は記入不要)

|  |  |                |  |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
|--|--|----------------|--|----------------|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|---|
| 指定<br>口座<br><br>(い<br>ず<br>れ<br>か<br>一<br>方<br>を<br>✓<br>記<br>入) | <input type="checkbox"/><br>金融機関               | <b>金融機関店舗名</b> | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店<br><input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 出張所<br><input type="checkbox"/> 農協                      |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
|  |  | <b>コード番号</b>   | * 銀行コード  |                | * 店番コード |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
|  |  | <b>預金種目</b>    | <input type="radio"/> 1. 普通預金 <input type="radio"/> 2. 当座預金 <input type="radio"/> 3. 貯蓄預金  |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
|  |  | <b>口座番号</b>    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 口座番号(←)、番号(↓)は右詰めで記入 |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/><br>ゆうちょ<br>銀行                           | <b>記号・番号</b><br><small>記号6桁目がある場合!欄に記入</small> | 1              |  | 0              | -       |   |   |   |  |  |  |  |  | 1 |
|  | <b>金融機関名</b>                                   | ゆうちょ銀行         |  | <b>金融機関コード</b> | 9       | 9 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |   |
|  | <b>*店名</b>                                     | 店              |  | <b>*店番コード</b>  |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
|  | <b>*振込用口座番号</b>                                |                |  |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |
| <b>口座名義</b><br>(保険契約者)   | カナ   |                |  |                |         |   |   |   |  |  |  |  |  |   |

- ご記入前に必ずご確認ください**
- (1) 本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。太線内をボールペンでご記入ください。
  - (2) 本書類にご記入いただいた内容について、確認のために連絡をさせていただく場合があります。ご連絡先がマイページに登録されたものと異なる場合はご記入ください。なお、メールアドレスは保険契約者ご本人が確認できるものをご記入ください。メールの受信拒否の設定をされている場合は、あらかじめ「@ymd-ssi.jp」からのメールを受信できるように設定をお願いします。
  - (3) 解約日は、記入日以前の日のご指定できません。また翌々月以降の日もご指定できません。
  - (4) 指定口座は、保険契約者ご本人以外の口座をご指定できません。保険契約者ご本人名義の口座をご記入ください。
  - (5) 保険期間の残月数が1か月未満の場合は返還保険料はありません。

# 【解約依頼書 記入例】

ご契約を解約される場合は、「解約依頼書」の太枠内に必要事項をご記入のうえ、弊社までご郵送ください。（【ご郵送の手順】も併せてご参照ください。）

## 解約依頼書

|  |   |  |   |                                   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| お申込み時に送信したメールまたはマイページをご参照ください。                         | 株式会社ヤマダ少額短期保険 宛                                     |  | 記入日   | 2019年12月30日                       |
|  | 以下のとおり、保険契約の解約を依頼します。<br>解約による返還保険料は、指定口座にお振込みください。 |  |   |                                   |
| 保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。                                   | ご契約番号   | 201912300000007  |   |                                   |
|  | 解約日   | 2020年1月31日 <small>※記入日以前の日はご指定できません。また翌々月以降の日もご指定できません。</small>  |   |                                   |
|  | 保険契約者   | カナ ホケン タロウ 生年月日：1980年11月22日<br><b>保険 太郎</b> (当署)   |   |                                   |
|  | ご連絡先 <small>※登録されたものと異なる場合にご記入ください。</small>         | 電話番号：090-0000-0000 <small>※戸中のご連絡先をご記入ください。</small><br>メールアドレス：t.hoken@ymd-ssi.jp  |   |                                   |
| ゆうちょ銀行以外の場合は金融機関の欄に、ゆうちょ銀行の場合はゆうちょ銀行の欄にチェック印し、ご記入ください。 | 解約理由  | 海外転勤の為   |   |                                   |
|  | 指定口座 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関       | 金融機関店舗名  | ホケン <small>※ 銀行 (信用金庫) (信用組合) (農 協)</small>       | 高崎 <small>※ 本店 (支店) (出張所)</small> |
| ご記入前に必ずご確認ください。  |   | コード番号  | * 銀行コード   | * 店番コード                           |
|  |   | 預金種目   | 1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金                           |                                   |
|  |   | 口座番号   | 1 2 3 4 5 6 7 <small>口座番号(一)、番号(1)は右詰めで記入</small> |                                   |
|  |   | 記号・番号 <small>記号6桁目がある場合1欄に記入</small>   | 1 1 2 3 0 - - 1 2 3 4 5 6 7 1                     |                                   |
| ご記入前に必ずご確認ください。  |   | 金融機関名  | ゆうちょ銀行  | 金融機関コード 9 9 0 0                   |
|  |   | * 店名   | 店   | * 店番コード                           |
|  |   | * 振込用口座番号  |   |                                   |
| ご記入前に必ずご確認ください。  | 口座名義 (保険契約者)  | カナ ホケン タロウ<br><b>保険 太郎</b>   |   |                                   |
|  | ご確認   | <p>(1) 本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。太枠内をボールペンでご記入ください。</p> <p>(2) 本書類にご記入いただいた内容について、確認のために連絡をさせていただく場合があります。ご連絡先がマイページに登録されたものと異なる場合はご記入ください。なお、メールアドレスは保険契約者ご本人が確認できるものをご記入ください。メールの受信拒否の設定をされている場合は、あらかじめ「@ymd-ssi.jp」からのメールを受信できるように設定をお願いします。</p> <p>(3) 解約日は、記入日以前の日はご指定できません。また翌々月以降の日もご指定できません。</p> <p>(4) 指定口座は、保険契約者ご本人以外の口座はご指定できません。保険契約者ご本人名義の口座をご記入ください。</p> <p>(5) 保険期間の残月数が1か月未満の場合は返還保険料はありません。</p> |   |                                   |

携帯電話等の日中10時～17時の間でご連絡の取れる電話番号をご記入ください。

保険契約者ご本人が確認できるメールアドレスをご記入ください。

\*欄は記入不要です。

\*欄は記入不要です。

保険契約者ご本人名義の口座をご記入ください。

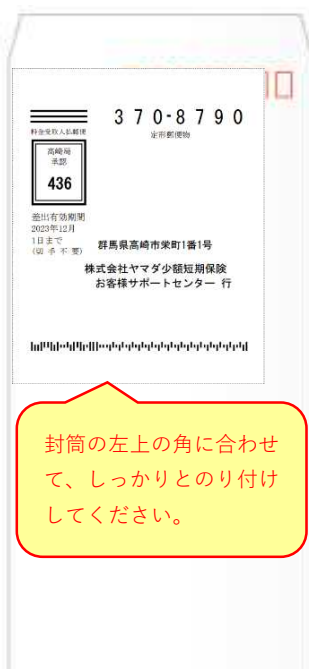
## 【ご郵送の手順】

1. 該当する書類のPDFを印刷してください。
2. 記入例を参照いただき、必要事項を漏れなくご記入ください。お客様控えが必要な場合は、コピーし保管してください。
3. 定形封筒をご用意ください。
4. 当ページをサイズ変更せずに普通紙に印刷してください。
5. 右の宛名ラベルを切り抜き、封筒の宛名面に貼り付けてください。封筒の左上の角に合わせて、しっかりとのり付けしてください。（ご使用例参照）
6. 封筒の裏面に、差出人である保険契約者様のお名前・ご住所をご記入ください。
7. ご記入いただいた書類を、封筒に入れ、封をしてください。
8. 切手を貼らずに、郵便ポストに投函してください。

※ 右の宛名ラベルの差出有効期間が過ぎている場合は、弊社のホームページから最新版を印刷してご利用ください。

### <ご使用例>

定形封筒（表）



### <宛名ラベル>

この点線で切り取ってください

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | 370-8790                                       |
| 料金受取人払郵便                             | 定形郵便物  |
|                                      |  |
| 差出有効期間<br>2023年12月<br>1日まで<br>(切手不要) | 群馬県高崎市栄町1番1号<br>株式会社ヤマダ少額短期保険<br>お客様サポートセンター 行 |
|                                      |  |

定形封筒（裏）

