

「共済愛情保険」 脱退申出書

共済事務担当課使用欄	担当者
〔受付日〕平成 年 月 日	Ⓜ

届出日	平成 年 月 日	所属所名	
組合員氏名	Ⓜ	連絡先電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者番号	

下記の内容で脱退します。（①か②のどちらかを○で囲んでください。）

《脱退時期》

- ① 期間途中（ 月1日脱退） ※脱退する月を記入してください。
- ② 更新脱退（3月1日脱退）

《脱退する制度》

- ① 全て脱退
- ② 一部脱退

※②を選択した場合、脱退する制度に○をご記入ください。
（本人が脱退した場合、配偶者・子どもも併せて脱退となります。）

	本人	配偶者	子ども
愛情			
愛情サポート			
医療保障保険			
手術サポート <small>（旧名称：医療保障サポート）</small>			
先進医療サポート			
健康応援給付			
7大疾病保障特約			
がん・上皮内新生物特約			
長期療養休業補償			
退職後継続給付			

組合員の皆さまの声を反映し、「共済愛情保険」がより良い制度になる様努力を重ねてまいりたいと思います。お手数ではございますが、アンケートのご協力をお願い申し上げます。なお、当資料は「共済愛情保険」の運営以外の目的に使用することはありません。

該当する番号を○で囲んでください。

Q1. 今回脱退した制度に加入した時の状況についてお答えください。（1つのみ選択）

- 1 制度推進員から制度の説明を受けた
- 2 制度推進員からは制度の説明を受けていない
- 3 覚えていない
- 4 その他 []

Q2. 脱退した理由についてお答えください。（複数選択可）

- 1 他の保険に加入したから
- 2 経済的負担（保険料等）が大きいから
- 3 制度に加入しているメリットを感じられなくなったから
- 4 制度の内容が良く分からなかったから
- 5 制度加入の時の加入推進が強引だったから
- 6 同じ職場で制度に入っていた方が脱退したから
- 7 産休・育休等により掛金が控除できなくなったから
- 8 請求をしたが給付対象にならなかったから
- 9 その他 []