

解約請求書

以下の保険契約の解約を請求します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 記入日 | 西暦 年 月 日 | 証券番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 自署欄 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 印 サイン可 ※法人契約の場合は法人印必須 | | | | | | |
| | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 連絡先 電話番号 | - | - | | | | | | | | | | | | | | | |

本人確認書類貼付け欄

こちらにお貼りください

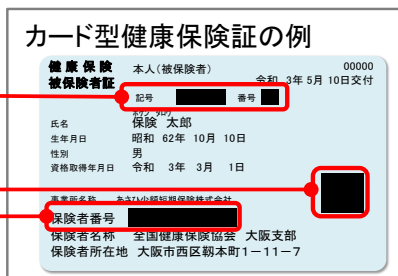
※A4サイズでコピーされた場合、当台紙に貼付せずそのままご送付いただいても結構です。

必ずご送付いただく書類

| <input checked="" type="checkbox"/> 解約請求書 | 「解約請求書」(当該書類)に必要事項をご記入し、ご送付ください。 | | | | | | | | |
|---|---|------|------|--------|---|--------|--|--------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 本人確認書類 (保険契約者) | 下記いずれかの一点の公的書類のコピーをご送付ください。 下記の表示および当社到着時点で有効であることが必須です。 <table><thead><tr><th>公的書類</th><th>必要箇所</th></tr></thead><tbody><tr><td>①運転免許証</td><td>表面のコピー ※現住所が表面に記載されていない場合は、裏面のコピーもご送付ください。</td></tr><tr><td>②健康保険証</td><td></td></tr><tr><td>③パスポート</td><td>顔写真のあるページと住所記載ページの2か所のコピー ※2020年2月3日以前に申請されたものに限りです。</td></tr></tbody></table> | 公的書類 | 必要箇所 | ①運転免許証 | 表面のコピー ※現住所が表面に記載されていない場合は、裏面のコピーもご送付ください。 | ②健康保険証 | | ③パスポート | 顔写真のあるページと住所記載ページの2か所のコピー ※2020年2月3日以前に申請されたものに限りです。 |
| 公的書類 | 必要箇所 | | | | | | | | |
| ①運転免許証 | 表面のコピー ※現住所が表面に記載されていない場合は、裏面のコピーもご送付ください。 | | | | | | | | |
| ②健康保険証 | | | | | | | | | |
| ③パスポート | 顔写真のあるページと住所記載ページの2か所のコピー ※2020年2月3日以前に申請されたものに限りです。 | | | | | | | | |

◎「健康保険証」の場合は以下の手順に従ってご送付ください。

- 「健康保険証」をコピーする。
※裏面に住所欄がある場合は、ご住所をご記入のうえ、裏面もコピーください。
- コピーした「健康保険証」を本書面に貼る。
- 「健康保険証」の「記号・番号・保険者番号」の箇所を黒く塗りつぶす。
※QRコードが記載されている場合は、QRコードも黒く塗りつぶしてください。



ご送付いただいた本人確認書類のコピーはご返却しておりませんので、ご了承のほどお願いいたします。

解約請求書
の発送先〒530-0057 大阪府大阪市北区曽根崎2-3-5 梅新第一生命ビルディング16F
あさひ少額短期保険株式会社 お客様サービスセンター 行