

福井県市町村職員共済組合「保険制度」の脱退届

提出日	令和 年 月 日	脱退日	令和 年 月 日
所属所名			
被保険者番号			
氏名			印

・脱退する制度に○を付けてください。

生活サポートプラン	・本人 ・配偶者 ・子ども（子どもの名前）
医療保障保険	・本人 ・配偶者 ・子ども（子どもの名前）
Wide医療	・本人 ・配偶者
職場復帰支援制度	・本人
治療費支援制度	・本人 ・配偶者 ・子ども（子どもの名前）
三大疾病支援制度	・本人（・主契約 ・7大 ・がん,上皮） ・配偶者（・主契約 ・7大 ・がん,上皮）
傷害総合保険	・本人 ・配偶者 ・子ども（子どもの名前） ・家族型
長期所得補償保険	・本人
つなぎ積立年金	・本人（・一般型 ・個年型）

・脱退理由に○を付けてください。（よろしければご記入ください）

・給付内容が不十分	
・配当金または無事故返戻金が少ない	
・保険料の払込みが困難	
・保障の見直し	
・ニーズの変化	
・知人・友人の勧め	
・対応・サービスに対する不満 （具体的に：	）
・その他 （具体的に：	）

・中途脱退における注意事項

1. 配当金の還付またはキャッシュバック特約はありません。
2. 退職時、「生活サポートプラン」に加入いただいている場合は、退職後継続制度に加入できますが、脱退されるとその権利を失います。
3. 在職中は加入内容以下の保障であれば健康告知無しで継続いただけますが、脱退後再加入の場合は再度健康告知の確認が必要となります。
4. 脱退日以降については、保障（補償）はなくなります。
5. 配偶者・子どものみの加入はできません。