

新医療保障保険脱退通知書

※記入日： 年 月 日

株式会社エプソン保険センター
グループ保険担当者 行き

会 社 名	職 場 名	氏名コードゴム印	印 鑑	EHC 処理欄
		生年月日 年 月 日		

1. 脱退対象者について（希望する内容のいずれかに○印をつけて下さい。）

○印欄	脱 退 内 容	氏 名	生 年 月 日
	本人を含み、全員を脱退		
	配偶者のみ脱退		
	子供のみ脱退		

2. 脱退時期について（希望する内容のいずれかに○印をつけて下さい。）

○印欄	脱 退 時 期
	申請書受付の翌月脱退（翌月度給与より引き去り停止）

注意：1.脱退は前月20日までに本通知書が弊社に到着をもって締めさせていただきます。
2.配当金還付は、満期（8月度）給与控除保険料の支払いのあった方までを対象とします。
※8月提出時に限り更新処理の関係で8月での異動（9月1日）脱退はできません。
8月にご提出をいただいた場合、10月1日脱退(9月まで給与控除) となります。
その場合は中途脱退となりますため、配当金の支払いはございません。