

株式会社 宅建ファミリーパートナー 宛

以下のとおり保険契約の解約・取消を依頼します。

解約をご希望される場合は、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の<依頼書送付先>にご郵送ください。  
契約内容の変更をご希望される場合、この面への記入は不要です。

## 解約・取消依頼書

<b>記 入 日</b>	20 年 月 日	解約日は、記入日以降の日をご記入ください。既に退去されている場合でも、遡って解約することはできませんのでご注意ください。
<b>解 約 日</b> (記入日以降の日付)	20 年 月 日	
<b>契 約 証 番 号</b>		
<b>フ リ ガ ナ</b>		
<b>保 険 契 約 者</b>	(印)	
<b>日 中 の ご 連 絡 先</b>	-	
<b>退 去 物 件 名 / 号 室</b> (戸建の場合は住所)		

〔解約返れい金がある場合には、以下に指定する口座に振り込んでください。以下の口座への振り込みをもって解約返れい金を受領したものと認めます。  
なお、保険契約者と口座名義人が異なる場合など第三者から異議の申し立てがあった場合、私、保険契約者が責任をもって解決し、貴社にご迷惑をおかけしません。〕

### 解約返れい金振込指図欄

<b>口座名義人</b> (カタカナ)									改姓の場合 ○印	
									改姓	
<b>金融機関</b>	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店			
<b>金融機関コード</b>	<b>支店コード・店番</b>	<b>口座種別</b>		<b>口座番号</b> (右からつめてご記入ください)						
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座								

注1) 残りの保険期間が1か月未満の場合、解約返れい金は発生いたしません。

注2) 解約日と保険期間の終期が同日の場合または既に保険期間の終期を過ぎているときは、本状の送付は不要です。

▼解約・取消手続き完了のお知らせの送付を希望される場合のみ送付先住所をご記入ください。(発送は解約日以降となります。)

<b>送付先住所</b> <small>(法人の場合は、担当者名をご記入ください)</small>	〒 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> - <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>	<b>担当者名</b>
--	---	-------------

代理店コード <input style="width: 100px;" type="text"/> 代理店名 <input style="width: 100px;" type="text"/>	<備考欄>
--	-------

<保険会社使用欄> <input type="checkbox"/> 住重 <input type="checkbox"/> 被重 <input type="checkbox"/> 本人確認(運・健・後・パ・生保・障・( )) <input type="checkbox"/> 兼領収証 <input type="checkbox"/> 返戻証 <input type="checkbox"/> 精算(未・済) <input type="checkbox"/> 個別(無・未・済) <input type="checkbox"/> 新規(無・未・成) <input type="checkbox"/> 経緯 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 印証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記	解 約 事 由 <input type="checkbox"/> 任意解約 <input type="checkbox"/> 取 消	返戻保険料 円
--	---	------------

キリトリ線

〒010-1633  
秋田県秋田市新屋島木町1-172  
宅建ファミリーパートナー 事務センター行

<依頼書送付先> ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付け)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。

記入方法でご不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。

<フリーダイヤル> 0 1 2 0 - 2 0 5 8 - 3 3

<受付時間> 平日 9:00 ~ 17:00

# 解約・取消依頼書 記入例

賃貸物件から退去する場合など、保険契約を解約するとき弊社へご提出ください。

解約・取消依頼書にご記入された日をお書きください。

保険契約の解約日をご記入ください。  
※既に退去している場合でも、解約日は記入日となります。

契約証に記載された保険契約者名をご記入ください。

弊社から記入内容の確認等を行うことができますので、忘れずにご記入ください。

退去する賃貸物件名、部屋番号をご記入ください。(戸建の場合は住所)

「解約・取消手続き完了のお知らせ」の送付をご希望される方のみ、送付先の住所をご記入ください。

解申請-135000-202005(TPI)

株式会社 宅建ファミリーパートナー 宛  
以下のとおり保険契約の解約・取消を依頼します。

解約をご希望される場合は、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の「依頼書送付先」にご郵送ください。  
契約内容の変更をご希望される場合、この面への記入は不要です。

解約・取消依頼書			
記入日	20 20 年 5 月 10 日	<small>解約日は、記入日以降の日をご記入ください。既に退去されている場合でも、遡って解約することはできませんのでご注意ください。</small>	
解約日 (記入日以降の日付)	20 20 年 5 月 20 日		
契約証番号	A 0 1 2 3 4 5 6 7 8	押印欄	
フリガナ	チンタイ サプロウ		
保険契約者	賃貸三郎		
日中のご連絡先	090-1234-5678		
退去物件名/号室 (戸建の場合は住所)	市ヶ谷ハイツ102号		

解約返れい金がある場合には、以下に指定する口座に振り込んでください。以下の口座への振り込みをもって解約返れい金を受領したものと認めます。  
なお、保険契約者と口座名義人が異なる場合など第三者から異議の申し立てがあった場合、私、保険契約者が責任をもって解決し、貴社にご迷惑をおかけしません。

**解約返れい金振込指図欄**

口座名義人 (カタカナ)	チンタイ サフ"ロウ	改姓の場合 ○印	
金融機関	ABC	(銀行) (信組) (労金) (信金) (農協)	本店 支店
金融機関コード	9 9 9 9	支店コード・店番	1 2 3
口座種別	普通 (当座)	口座番号 (右からつめてご記入ください)	1 2 3 4 5 6 7

注1) 残りの保険期間が1か月未満の場合、解約返れい金は発生いたしません。  
注2) 解約日と保険期間の終期が同日の場合または既に保険期間の終期を過ぎているときは、本状の送付は不要です。

▼解約・取消手続き完了のお知らせの送付をご希望される場合のみ送付先住所をご記入ください。(発送は解約日以降となります。)

送付先住所 <small>(法人の場合は、担当者名をご記入ください)</small>	〒□□□-□□□□
代理店コード	<備考欄>
代理店名	

<small>&lt;保険会社使用欄&gt;</small>	解約事由	任意解約 (取消)
<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 被重 <input type="checkbox"/> 本人確認 (連・健・後・パ・生保・障・( )) <input type="checkbox"/> 兼領収証 <input type="checkbox"/> 返戻証 <input type="checkbox"/> 精算 (未・済) <input type="checkbox"/> 個別 (無・未・済) <input type="checkbox"/> 新規 (無・未・成) <input type="checkbox"/> 経緯 <input type="checkbox"/> 貸契 <input type="checkbox"/> 印証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記	返戻保険料	円

〒010-1633  
秋田県秋田市新屋島木町1-172  
宅建ファミリーパートナー 事務センター行

「依頼書送付先」ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。

記入方法で不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。  
<フリーダイヤル> 0120-2058-33  
<受付時間> 平日 9:00~17:00

契約証番号を記入してください。

押印をお願いします。  
保険契約者が個人の場合は、フルネーム署名でも結構です。法人の場合は、必ず法人印を押印してください。

原則として、解約返れい金は保険契約者ご本人の口座への振込となります。

切り取って封筒に貼付のうえ、弊社宛に郵送してください。