

ライフサポート保険 取扱確認書

記入日 年 月 日

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様

現在加入しているライフサポート保険について、退職または転出後は、下記のとりの取扱いをお願いします。
また、ここに記載された個人情報ライフサポート保険の継続または脱退手続、及び配当金等送金処理のため使用し、幹事会社である明治安田生命保険相互会社等へ提供されることに同意します。

氏名	フリガナ	日中の 連絡先	自宅：	
			携帯電話：	
自宅住所	〒	退職・転出 予定日	年 月 日	
該当するものに ○をしてください	① 退職→互助会員資格継続 (再任用等を希望 または決定している) 保険加入継続となります	② 退職 →互助会員資格喪失	③ 市教委等へ転出 →互助会員資格喪失	
職員番号 (右詰6桁)		現所属名		

【上記で2に○をした方（退職者）】

下記ア～ウのいずれかに○をしてください。*1

ア. 今までどおり続ける	
イ. 一部のコースのみ続ける *2 ↓ 継続するものに○をしてください。	
	ライフサポート保険
	医療費支援制度
	総合医療サポート
	三大疾病克服支援制度（従来型）
	三大疾病克服支援制度（初期給付型）
	三大疾病克服支援制度（70歳継続型）
	セカンドライフサポート保険
ウ. 翌々月1日で全部脱退する	

「退職後 保険料振替・配当金受け入れ口座
登録書」もご提出ください。

互助会ホームページからダウンロードできます。

*1 再任用等が決定し、会員資格が継続した場合は、
選択内容は無効となり、現在の加入内容のまま
継続となります。

*2 退職者のみ、退職時に加入していた付加コースを
単独で継続することもできます。ただし、加入し
ていない制度に○がある場合は無効となります。

【上記で3に○をした方（市教委等への転出者）】

下記を記入のうえ、ア・イのいずれかに○をしてください。

転出先所属	ア. 今までどおり続ける
転出先所属の連絡先	イ. 翌々月1日で全部脱退する

「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」を送付しますので、ご提出ください。

※ 他県採用の場合は退職者記入欄にご記入ください。

※ 退職・転出いずれの場合にも、就業不能サポート制度は自動脱退となります。

※ 保険料の口座振替が開始されている場合は、配当金は保険料振替口座へ送金となります。