

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

「解約届」

この解約届は、以下の場合にご使用ください。

解約をご希望の種目に、チェックを入れてご指定ください。

- ☐ 美容医療・医師賠償補償制度
- ☐ 所得補償保険
- ☐ サイバーリスク保険

会員番号：	解約希望日： 年 月 日
-------	--------------

(記入日以降の日付をご記入ください)

加入申込者名	氏名：
--------	-----

※ 法人・個人事業主の場合は「法人名」または「屋号」もご記入ください。

解約の理由	<input type="checkbox"/> 施設を閉院する <input type="checkbox"/> 補償に不満がある <input type="checkbox"/> 補償が<不要>になったため <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

★注意事項

この『解約届』は当月の10日までに提出いただいた場合、翌月1日から『解約』となります。

★ご提出について

- 本紙『解約届』は協会宛 [メール送信] または [FAX送信] をお願いいたします。
※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。
- 保険商品によって、別途『解約書類』が必要な場合がございます。
その場合は協会より書類をお送りいたします。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
TEL：03-6380-4771
FAX：03-6893-6500
E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

*当協会は個人情報を取り扱うにあたりその利用
目的を協会事業に限定します。
ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範
囲を超えて取扱うことはありません。
詳しくはHPの「個人情報保護方針について」
をご覧ください。

20230701 (Ver1.0)