新日本保険新聞社行き**購読中止フォーム**

（ＦＡＸ　０６-６２２５-０５５１）

新日本保険新聞購読のご中止（ご解約）は、月単位となっております。

|  |  |
| --- | --- |
| 購読中止年月 | 　　　　　　年　　　　　月　より |

※事務の手続き上、購読中止月の前月15日までにご連絡ください。

16日以降の場合、翌々月となることもございます。

●現在のお客様情報（新聞送付先）（⑦・⑧・⑨はわかる範囲で結構です）

|  |  |
| --- | --- |
| ①お名前 |  |
| ②会社名（会社送付の場合） |  |
| ③郵便番号 |  |
| ④ご住所 |  |
| ⑤お電話番号 | （　　　　　）　　　　　　― |
| ⑥新聞の種類（いずれかに〇印を） | 　・生保版　　　・損保版　　　・両方 |
| ⑦中止の理由（いずれかに〇印を） | ・転勤、退職　・内容に不満　・経費節減・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧お客様コード（請求書記載） | （　　　　）-（　　　　）-（　　　　　　） |
| ⑨住所帯封（住所印字の下に記載） | 生保№　　　　　　　　損保№　　　　　　 |