종합복지급여 갱신거절 신청서

【 계약사항 】

가 입 자	성 명		생년월일	
	자택전화		휴대전화	
	주 소			

증 권 번 호	상 품 명	가입일자	피급여자 성 명	피급여자 생년월일
□□□□-□□□□□□				
□□□□-□□□□□□				
□□□□-□□□□□□				
□□□□-□□□□□□				
□□□□-□□□□□□				
□□□□-□□□□□□				

※ 갱신거절 신청은 가입자만 할 수 있습니다.

※ 갱신거절은 자동갱신 예정일 15일전까지 우편 또는 고객지원센터 및 각 시·도지부에 신청하여 주시기 바랍니다. (팩스접수 처리 불가)

◈ 구 비 서 류

① 종합복지급여 갱신거절신청서 1부

② 가입자 신분증사본 1부(주민등록증, 운전면허증, 여권사본 중 택일)

본인은 상기의 상품에 가입되어 있는 종합복지급여 갱신상품에 대하여 갱신거절 신청 합니다.

신 청 일 : 20 년 월 일

가 입 자(신청인) : (서명)

The·K한국교직원공제회

(서식개정일자 : 2021.05.01.)