オリックス生命保険株式会社　御中

私は以下の契約の申込みを撤回します。

保険契約者	
被保険者	
申込日	
申込番号	
保険種類	

＜申出日＞　　年　　月　　日

＜住　所＞

＜日中連絡のつく電話番号＞

＜氏名（自署）＞

＜返金先口座＞

銀　行　名

支　店　名

種　目

口　座　番　号

口座名義人（カタカナ）