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	

■ 記入日　　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（※１）

※１）振替口座の届出をしていない場合に記入、契約者名義の日本国内の口座に限る

・ 銀行名・支店名

・ 種目・口座番号

・ 口座名義人 （※２）

※２）払込済保険料が円の場合はカタカナ、米ドルの場合はアルファベット