

【様式27号】

農業経営収入保険 保険契約承継承諾申請書  
( 年 (年度))

令和 年 月 日

全国農業共済組合連合会会長理事 殿

申請者

住所

氏名

印

保険契約者

住所

氏名

下記農業経営収入保険の保険契約につき、当該契約に係る権利義務を承継したいので、その承諾を申請致します。

記

保険契約者氏名：

保険期間： 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

基準収入金額： 円

補償限度額： 円

承継者名（保険契約者との関係）： ( )

承継者の当該農業に関する経験（年数）： 有 ・ 無 ( 年間)

承継の事由：

承継事由発生年月日： 年 月 日