

ケア・ワーカー等福祉共済制度

介護事業者賠償責任補償中途脱退報告書

財団法人 介護労働安定センター 行

年 月 日

事業者名	
代表者名	印
所在地	〒 TEL:

◎返戻保険料(計算内訳)

脱退の届けのあった翌月 から8月までの加入残月	脱退者数 (加入時の人数)	掛金(保険料)	返戻額
ヶ月 ×	人 ×	150円 =	円

◎中途脱退の場合の掛金の振込口座

※ 脱退に伴う返還依頼額(返戻額)		円
返 還 先	金融機関名 (郵便局を除く)	
	本支店名	
	預金種目 1. 普通 2. 当座 3. その他	
	口座番号	
	口座名義(カタカナでご記入下さい)	

センター受付印	
本部	支部

(個人情報の利用目的)本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。