

提出先:介護労働安定センター支部  
提出日 年 月 日

ページ ( の )

受付印	センター	
	支部	本部

**ケア・ワーカー等福祉共済制度**  
賃金不払事故補償中途脱退報告書

(センターへ送付)

職業紹介所名 コード( )	所長名	都道府 県名			
No.	フリガナ 中途脱退者氏名	生年月日	脱退年・月・日	脱退者 確認印	備考
1		T S H 年 月 日	H . .		
2		T S H 年 月 日	H . .		
3		T S H 年 月 日	H . .		
4		T S H 年 月 日	H . .		
5		T S H 年 月 日	H . .		
6		T S H 年 月 日	H . .		
7		T S H 年 月 日	H . .		
8		T S H 年 月 日	H . .		
9		T S H 年 月 日	H . .		
10		T S H 年 月 日	H . .		
計		人			

◎返戻保険料

脱退の届けの あった翌月から3 月までの加入残 月 ヶ月	×	脱退者数 人	×	月額掛金 5円	=	返戻額 円
--	---	-----------	---	------------	---	----------

◎掛金の返戻額の振込口座

脱退に伴う返還依頼 額(返戻額)	円
金融機関名(郵 便局を除く)	銀行 信用金庫 信用組合
本支店名	支店・出張所
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。)	

※脱退者確認印欄には、必ず脱退者が確認印を押印下さい。(印がない場合返金はできません。)

(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、賃金不払事故補償事務手続きのために利用させていただきます。