

※コピーしてお使いください。

提出先:(株)全福サービス

(公財)介護労働安定センター ケア・ワーカー等福祉共済制度
ケア・ワーカー賠償責任補償 中途脱退報告書

年 月 日

加入時の申込先に○をしてください。

- () (公社)日本看護家政紹介事業協会
- () (公財)介護労働安定センター

コード番号						
紹介所名						
所長名	印					

年 月分の賠償責任補償脱退者は次のとおりです。

No.	中途脱退者氏名(フリガナ)	性別	年齢	脱退年月日	脱退者確認印	備考
1				H . .	印	
2				H . .	印	
3				H . .	印	
4				H . .	印	
5				H . .	印	
6				H . .	印	
7				H . .	印	
8				H . .	印	
9				H . .	印	
10				H . .	印	
計						人

◎返還保険料(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	×	保険料	=	返戻額
ヶ月		人		250 円		円

◎中途脱退の場合の保険料の振込口座

脱退に伴う返還依頼額(返戻額)		円
返還先	金融機関(郵便局を除く)	
	本支店名	
	預金種目(いずれかに○) 1. 普通 2. 当座 3. その他()	
	口座番号	
	口座名義 (カタカナでご記入ください)	

※脱退者確認印欄には、必ず脱退者の印を押印してください。印がない場合返金はできません。

※加入時の申込先に報告してください。

受付

(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。