

提出先:株式会社全福サービス

報告日

以下に記入しご捺印の上、全福サービス宛にご提出ください。

(公財)介護労働安定センター

傷害補償(介護事業者用)・感染症見舞金制度 中途脱退報告書

枠線内の色付きの欄に入力してください。

コード番号

法人名				印
事業所名				
代表者名				
所在地	〒	電話番号		

◎変換保険料(計算内訳)

脱退の届のあった翌月 から3月までの加入残月		脱退者数 (加入時の人数)		保険料		返戻額
	×		×	350円	=	円
	×		×	30円	=	円
合計						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	金融機関/支店名 フリガナ	金融/支店 コード
返 還 先	金融機関			
	支店名			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 3.その他 ()		
	口座番号			
	口座名義 (カタカナ記入)			

ご解約理由	<input type="checkbox"/> 他の保険に加入	<input type="checkbox"/> 事業休止等	<input type="checkbox"/> その他
その他理由 (可能な範囲でご記入ください)			

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。