

ご担当者様

ケア・ワーカー向け傷害補償

お振込み先

◆郵便局でお振込みの場合◆

郵便局に備え付けの払込票に、下記の「口座記号番号」と「加入者名」をご記入いただき、お振込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

○口座記号番号：00110-3-663884

○加入者名：公益財団法人 介護労働安定センター

<見本>郵便局備付けの用紙をご利用ください

00 東京		払込取扱票	
口座記号番号		金額	
00110-3-663884		千 百 十 万 千 百 十 円	
加入者名 公益財団法人 介護労働安定センター		料 金	
※紹介所コード番号 A		備考	
※ケア・ワーカー向け傷害補償 当月加入 月分 保険料 350円 × 人 = 円		●ご注意 当センターで扱う傷害補償(介護事業者用)・感染症見舞金制度は、この払込取扱票では送金いただけません。ご注意ください。	
追加新規加入 (加入依頼書の「(前月)追加新規加入人数欄」に記載した人数) 月分 保険料 350円 × 人 = 円		切り取らないでお出ください。	
※おところ・おなまえ(紹介所・代表者名)		記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号東第52608号) これより下部には何も記入しないでください。		振替払込請求書兼受領証	
各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。		口座記号番号 00110-3-663884	
ご依頼人・通信欄		加入者名 公益財団法人 介護労働安定センター	
様		金額 千 百 十 万 千 百 十 円	
日 附 印		おなまえ	
印		ご依頼人	
		日 附 印	
		料 金	
		円	
		備考	

送金後は、「受領証」のコピーを加入依頼書と一緒に提出ください。

◆銀行(インターネットバンキング)等でお振込みの場合◆

下記口座をご利用ください。

銀行名：ゆうちょ銀行
支店名：0一九(ゼロイチキュウ)支店
口座種別：当座
口座番号：0663884
口座名義：^{サ・イ}(公財) ^{カイゴロウドウアンテイセンター}介護労働安定センター

なお、インターネットバンキングでお振込みの場合は、取引画面を印刷のうえ加入依頼書に添付してください。

〒101-0041
東京都千代田区神田須田町 1-4-8
NCO 神田須田町 5 階
(株)全福サービス
TEL：0120-023-933
FAX：03-3258-8878