

ご担当者様

介護事業者向け 個人情報漏えい保険

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：00110-8-315338
- 加入者名：公益財団法人 介護労働安定センター

<見本> 郵便局備え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	
00110-8-315338		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 備考	
*コード番号		個人情報漏えい保険 専用払込票	
Aタイプ Bタイプ Cタイプ ※ご加入のタイプに○を付けてください。		切取らないでお出しください。	
役職員の人数 人 ※加入依頼書に記入の人数、保険料をご記入ください。		記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押ししてください。	
<年間加入> 円		ご依頼人	
<中途加入> 加入月 月 円		おなまえ	
※保険料は別紙保険料表をご参照ください。		日 附 印	
おとご (郵便番号)		料 金 (消費税込)	
* おなまえ		日 附 印	
(電話番号)		備 考	
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44031号)		この受領証は、大切に保管してください。	
これより下部には何も記入しないでください。			

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：0315338
口座名義：(公財) 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