提出先:株式会社全福サービス

(公財)介護労働安定センター 介護事業者賠償責任補償
中途脱退報告書

年　　月　　日

コード番号							

法人名	
事業所名	
代表者名	印
所在地	〒 TEL:　　－　　－

◎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(加入時の人数)		保険料		返戻額
ヶ月	×	人	×	300円	＝	円
ヶ月	×	人	×	600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
返還先	金融機関 (郵便局を除く)	(金融機関コード:　　)
	本支店名	(支店コード:　　)
	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)	

※ご解約の理由について、下記該当項目にチェックを入れてください。また、その他の場合は、可能な範囲で理由をご記入ください。

理由：□他の保険に加入したため　□事業休止等のため　□その他
(その他の理由：　　)

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。