

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。