

ご担当者様

## 傷害補償（介護事業者用）制度

### 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	千 百 十 万 千 百 十 円
0 0 1 1 0 - 8 - 3 1 5 3 3 8			
加入者名		料金	備考
公益財団法人 介護労働安定センター			
*コード欄		傷害補償(介護事業者用)	感染症見舞金
*複数事業所をまとめてお支払される場合は、( )内にコードNo.を記入して下さい。			
*単価(◎)は該当する金額を選んで○をお付け下さい。			
＜月掛の場合＞			
	月分	◎3,800円	× 人 = 円
＜年掛の場合＞※月数は、お支払の翌月から翌3月までの月数をご記入下さい。			
	月分	◎3,800円	× 人 × ヵ月分 = 円
おとこ (郵便番号)		日	附
おなまえ			様
(電話番号)			印
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	
口座記号番号	0 0 1 1 0 - 8
加入者名	公益財団法人 介護労働安定センター
金額	千 百 十 万 千 百 十 円
おなまえ	
ご依頼人	様
(消費税込) 料金	日 附 印
備考	
この受領証は、大切に保管してください。	

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

切取らないでお出しください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所を訂正印を押してください。

送金後は、「受領証」のコピーを加入依頼書と一緒に提出してください。

#### ◆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（ゼロイチキョウ）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