

提出先:株式会社全福サービス

報告日

※加入申込先が介護労働安定センターの場合は、上記へご提出ください。

※加入申込先が日本看護家政紹介事業協会の場合は、協会へご提出ください。

(公財)介護労働安定センター ケア・ワーカー等福祉共済制度  
ケア・ワーカー賠償責任補償 中途脱退報告書

加入時の申込先にレ点チェックをしてください。

(公社)日本看護家政紹介事業協会

(公社)介護労働安定センター

コード番号	A
紹介所名	
所長名	印
連絡先	

年 月分の脱退者はつぎのとおりです。

No.	中途脱退者名(フリガナ)	性別	年齢	脱退年月日	脱退者 確認印※	備考
1					印	
2					印	
3					印	
4					印	
5					印	
6					印	
7					印	
8					印	
9					印	
10					印	
計			人	※脱退者確認印欄には必ず脱退者の印を押印してください。印がない場合返金はできません。 ※加入時の申込先に報告してください。		

◎返還保険料(計算内訳)

脱退の届のあった翌月 から8月までの加入残月	×	脱退者数	×	保険料	=	返戻額
ヶ月		人		250円		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	金融機関/支店名 フリガナ	金融/支店 コード
返 還 先	金融機関			
	支店名			
	預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )		
	口座番号		受 付	
	口座名義 (カタカナ記入)			
解約理由	他の保険に加入 退会 事業休止等 その他 (理由 )			

(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。