送付先：　〒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

 株式会社全福サービス

**（公財）介護労働安定センター 情報漏えい保険**

**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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年間保険料 |  | 脱退の届けのあった翌月から3月までの加入残月 |  | 返戻額 |
| 円 | **÷** | **１２ヶ月** | **×** | ヶ月 | **＝** | 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。