

郵送先: 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町 1-4-8NC0 神田須田町 5 階 株式会社全福サービス

中途脱退報告書は脱退する前月末までに原本を全福サービスにご郵送ください。

(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)

脱退届けを受理した翌月 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	(金融機関コード:)
	本支店	(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