

介護事業者様用



FAX 送信票

送 信 先：（株）全福サービス

F A X 番 号：03-3258-8878

保険料のお振込先について

保険料の振込先は貴社専用の振込口座を設定させていただくこととなりました。

当該用紙にご記入いただき、全福サービスまでFAX送信してください。

のちほど振込先をFAX送付いたします。

法 人 名			
事 業 所 名			
住 所	〒		
電 話 番 号		FAX 番号	
担 当 者 名			
現在指定を受けている、あるいは指定を受ける予定の介護保険法に基づくサービス、障害者総合支援法に基づくサービス等をご記入ください。	例) 訪問介護		

ご希望の保険種類に○をしてください。

介護労働安定センター関係団体保険 保険種類	介護事業者賠償責任補償	
	傷害補償(介護事業者用)制度 *感染症見舞金制度をオプションとしてつけることが出来ます	
	個人情報漏えい保険	