提出先

〒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

中途脱退報告書は脱退する月の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 総合補償制度

中途脱退報告書

報告日	年　　月　　日
コード番号	

枠線内の色付きの欄に入力してください。

法人名			印
事業所名			
代表者名			
所在地	〒	電話番号	

解約希望日　　月末

◎中途脱退の場合の保険料の振込口座

◯ 賠償責任補償　◯ 傷害補償　◯ 情報漏えい保険				
返戻額		円	金融機関/支店名 フリガナ	金融/支店 ｺｰﾄﾞ
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			
	口座名義（カタカナ記入）			

ご解約理由	□ 他の保険に加入　□ 事業休止等　□ その他
その他理由（可能な範囲でご記入ください）	

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。