

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 8 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。