

介護給付費単位数表標準マスタ利用者申込書(兼変更申込書)

(社)国民健康保険中央会 御中

介護給付費単位数表標準マスタの利用を次の内容で(申込)変更(何れかに)致します。

「申込」に

申込日 年 月 日

住所 東京都〇〇市 町 黒枠内は必ずご記入をお願いします

団体(会社)名 株式会社××××シ

代表者氏名 代表取締役 山田 印

新規申込時には記入不要です。

場合は、利用者番号及び変更項目のみご記入ください。

利用者番号 (変更の場合のみ、請求書に記載の利用者番号(団体(会社)名下の6桁の番号)をご記入下さい。)

都道府県

契約者がベンダの場合には記入不要です。

利用者区分 1.事業所 2.保険者 3.ベンダ 9.その他 事業所番号又は保険者番号

団体(会社)名カナ カ) バツバツバツバツシステム

団体(会社)名 株式会社××××システム

Table with 2 columns: 都道府県 (04-09), 都道府県名 (宮城県, 秋田県, 山形県, 福島県, 茨城県, 栃木県)

黒枠内は必ずご記入をお願いします

代表者氏名(姓) 山田 名(名) 太郎

契約者が事業所の場合で、同一建物に同一事業主体の複数事業所(番号)がある場合は、代表して一番若い事業所番号を記入してください。

「介護給付費単位数表標準マスタライセンスに関する契約(第1利用者ライセンスを報告致します)。

担当部署 システム第一部介護保険課

役職 主任

担当者氏名 姓 介護 名 花子

住所 〒 100 - 0000 都道府県コード 13 東京都 〇〇区 〇〇町

Table with 2 columns: 都道府県 (18-29), 都道府県名 (福井県, 山梨県, 長野県, 岐阜県, 静岡県, 愛知県, 三重県, 滋賀県, 京都府, 大阪府, 兵庫県, 奈良県)

契約者とは事業所主体の異なるライセンスがある場合には、「有」を選択してください。

電話番号 03-1234-5678 FAX番号

メールアドレス Hanako-kaigo@xxx.xx.xx

ライセンスの第三者への再提供有無 (該当に をつけて下さい) 有 無

利用ライセンス数 (第三者へ再提供する数も含め全利用ライセンス数をご記入下さい) 5 ライセンス(変更前 ライセンス) (建物等名、使用用途等を別紙「利用者ライセンス報告書(兼変更報告書)」にご記入ください)

使用許諾(ライセンス)料 金9,000円(税込み) 複数ライセンス及び追加ライセンス: 金6,900円(税込み)/ライセンス

Table with 2 columns: 都道府県 (36-47), 都道府県名 (徳島県, 香川県, 愛媛県, 高知県, 福岡県, 佐賀県, 長崎県, 熊本県, 大分県, 宮崎県, 鹿児島県, 沖縄県)

送付先: 国民健康保険中央会 介護マスタ担当

〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館内

FAX: 03-5251-1798