

ライセンス以外の変更時の記入方法

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。

「変更」に

代表者に変更がなくても、記入してください。

申込日 令和〇年 〇月 〇日

住所 東京都千代田区〇〇町〇丁目〇番〇号

団体(会社)名 株式会社〇〇〇

代表者氏名 代表取締役社長 介護 太郎 印

変更の場合は、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。)	No. 123456		
利用者区分	1.事業所 3.ベンダ	2.保険者 9.その他	事業所番号又は 保険者番号
団体(会社)名カナ			
団体(会社)名			
代表者役職			
代表者氏名 (契約者名)	姓	名	

コード	都道府県名
01	北海道
02	青森県
03	岩手県
04	宮城県
05	秋田県
06	山形県
07	福島県
08	茨城県
09	栃木県
10	群馬県
11	埼玉県
12	千葉県
13	東京都
14	神奈川県
15	新潟県
16	富山県
17	石川県
18	福井県
19	山梨県
20	長野県
21	岐阜県
22	静岡県
23	愛知県
24	三重県
25	滋賀県
33	岡山県
34	広島県
35	山口県
36	徳島県
37	香川県
38	愛媛県
39	高知県
40	福岡県
41	佐賀県
42	長崎県
43	熊本県
44	大分県
45	宮崎県

変更の場合、必ず記入してください。

「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条~第3条)」に基づき、利用者ライセンスを報告致します。

担当部署	介護保険部第1課		
役職			
担当者氏名	姓 介護	名 次郎	
住所	〒	-	都道府県コード
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
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)	____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		

太線内は、変更する項目のみを記入して下さい。

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