

# 介護老人保健施設総合補償制度 中途脱退・内容変更通知書

|        |   |      |   |   |  |
|--------|---|------|---|---|--|
| 加入No.  | (加入証ご参照)  | 加入制度 | 施設基本プラン<br><input type="checkbox"/> I. 賠償事故補償制度<br><input type="checkbox"/> II. 利用者傷害見舞金制度 ( )<br><input type="checkbox"/> III. 見舞客・ボランティア傷害見舞金制度 | 施設オプション<br><input type="checkbox"/> IV. 個人情報漏えい損害補償制度<br><input type="checkbox"/> V. トルネード・サンダーガード(什器備品損害補償制度)<br><input type="checkbox"/> VI. 廃棄物排出者賠償補償制度 | 職員補償プラン<br><input type="checkbox"/> VII-1. 業務災害補償制度<br><input type="checkbox"/> VII-2. 感染症補償制度(オプション)<br><input type="checkbox"/> VIII. 職員傷害見舞金制度( ) |
| 施設の所在地 | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道<br><input type="text"/> - <input type="text"/> 府県 |      |   |   |  |
| 施設名    |   | 補償期間 | 年 月 日から<br><b>2019年10月20日</b> まで  |   |  |
| 連絡先    | 担当者   | TEL  | FAX   |   |  |

※太枠内は必ずご記入ください。

## 1. 中途脱退の場合

|  |   |  |
|--|---|--|
| 脱退希望日  | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>20 年 月 20 日   | 脱退月は本通知書が毎月10日までに到着した場合は当月20日、それ以降は翌月20日となります。 |
| 脱退の内容<br>( <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください) | <input type="checkbox"/> 1. 全部脱退<br><input type="checkbox"/> 2. 一部の制度の脱退 ( <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII-1 <input type="checkbox"/> VII-2 <input type="checkbox"/> VIII ) |  |

↓  
のちほど保険料の返れい(月割)のご案内をいたします。

## 2. 内容変更の場合

|                          |   |                                      |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| 変更日                      | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>20 年 月 日  | 本通知書の到着が大幅に遅延すると、内容変更が認められない場合があります。 |
| 変更の内容<br>(該当箇所のみご記入ください) | <input type="checkbox"/> 1. 住所、名称、代表者等の変更<br>新住所 〒 TEL<br>新名称 役職 FAX<br>新代表者名   |                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> 2. 定員、職員数、口数の変更<br><input type="checkbox"/> i. 新利用者定員 ( I、II、III、V、VIにご加入の場合)<br>入所者(短期入所療養介護を含む) 現行 <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> 名<br>通所リハビリテーション 現行 <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> 名<br>合計 現行 <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> 名<br><input type="checkbox"/> ii. 訪問リハビリテーションの開始 |                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> iii. 現口数 <input type="text"/> 口 → 新口数 <input type="text"/> 口 (II、VIIIにご加入の場合)  |                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> iv. 現職員数 <input type="text"/> 名 → 新職員数 <input type="text"/> 名 (VII-2、VIIIにご加入の場合)<br><small>※VII-1は職員数変更の通知は必要ありません</small>  |                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> 3. その他の連絡事項、変更事項等  |                                      |

↓  
のちほど保険料の追加または返れい(月割)のご案内をいたします。

ご不明な点については(株)全老健共済会へお問い合わせください。

|       |     |      |  |        |      |
|-------|-----|------|--|--------|------|
| 事務処理欄 | 受付日 | 受信報告 | 加入証発行 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | 保険会社取次 | DB入力 |
|-------|-----|------|--|--------|------|