

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 <input type="checkbox"/> I. 賠償事故補償制度 <input type="checkbox"/> II. 利用者傷害見舞金制度 () <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 <input type="checkbox"/> IV. 個人情報漏えい損害補償制度 <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) <input type="checkbox"/> VI. 廃棄物排出者賠償補償制度	職員補償プラン <input type="checkbox"/> VII-1. 業務災害補償制度 <input type="checkbox"/> VII-2. 感染症補償制度(オプション) <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"/> 都道府県				
施設名	補償期間		年 月 日から 2021年10月20日 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"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください)	<input type="checkbox"/> 1. 全部脱退 <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"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 (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 新住所 〒 TEL FAX 新名称 役職 新代表者名	
	<input type="checkbox"/> 2. 定員、職員数、口数の変更 <input type="checkbox"/> i. 新利用者定員 (I、II、III、V、VIにご加入の場合) 入所者(短期入所療養介護を含む) 現行 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 通所リハビリテーション 現行 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 合計 現行 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 <input type="checkbox"/> ii. 訪問リハビリテーションの開始 <input type="checkbox"/> iii. 障害者総合支援法の定める短期入所の開始	
	<input type="checkbox"/> iv. 現口数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 口 → 新口数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 口 (II、VIIIにご加入の場合)	
	<input type="checkbox"/> v. 現職員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新職員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 (VII-2、VIIIにご加入の場合) <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
-------	-----	------	--	--------	------