

居宅介護事業者補償制度 中途脱退・内容変更通知書

加入No.	(加入証で参照)	加入制度	事業者プラン	<input type="checkbox"/> I. 居宅介護支援事業者賠償事故補償制度
			職員補償プラン	<input type="checkbox"/> II. 居宅サービス事業者賠償事故補償制度 <input type="checkbox"/> III-1. 業務災害補償制度 <input type="checkbox"/> III-2. 感染症補償制度 <input type="checkbox"/> IV. 職員傷害見舞金制度 ()口
			通所・入所型居宅サービス事業者向けプラン	<input type="checkbox"/> V. 利用者傷害見舞金制度 ()口
事業所の所在地	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都 道 府 県			
事業所名		補償期間	年 月 日から 2019年10月1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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日よりの脱退を希望します <small>(脱退月は本通知書が毎月20日までに到着した場合は翌月1日、それ以降は翌々月1日となります。)</small>
脱退の内容 <small>(√印を記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> 1. 全部脱退 <input type="checkbox"/> 2. 一部の加入制度から脱退 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V)

↓
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日よりの内容変更を希望します <small>(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。)</small>
変更の内容 <small>(該当箇所のみご記入ください)</small>	<input type="checkbox"/> 1. 住所、名称、代表者等の変更 新住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FAX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 新名称 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 役職 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 新代表者名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 2. 介護支援専門員数、職員数の変更 i. 現介護支援専門員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新介護支援専門員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 <small>※地域包括支援センター・在宅介護支援センターの業務にあたる人数を含む(I にご加入の場合)</small> ii. 現職員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新職員数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 (III-2、IV にご加入の場合) <small>※III-1は職員数変更の通知は必要ありません</small>
	<input type="checkbox"/> 3. 定員、口数の変更 i. 新利用者定員 現行 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 → 新 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 名 (V にご加入の場合) ii. 現口数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 口 → 新口数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 口 (IV、V にご加入の場合)
	<input type="checkbox"/> 4. その他の連絡・変更事項

↓
のちほど保険料の追徴・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
-------	-----	------	--	--------	------