

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	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"/> II. 利用者傷害見舞金制度 () <input type="checkbox"/>		<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"/> III. 見舞客・ボランティア傷害見舞金制度	職員補償プラン	<input type="checkbox"/> VI. 廃棄物排出者賠償補償制度
						<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 () <input type="checkbox"/>
施設の所在地	□□□□-□□□□		都 道 府 県			
施設名			補償期間	年 月 日から 2024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	20□□年□□月□□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)	



2. 内容変更の場合

のちほど保険料の返れい(月割)のご案内をいたします。

変更日	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 (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 新名称 役職 FAX 新代表者名	
	<input type="checkbox"/> 2. オプションの追加、口数、職員数の変更(I.賠償事故補償制度にご加入の場合) <input type="checkbox"/> i. 訪問リハビリテーションの開始 <input type="checkbox"/> ii. 障害者総合支援法の定める短期入所の開始 <input type="checkbox"/> iii. 現口数 □□□□ 口 → 新口数 □□□□ 口 (II、VIIIにご加入の場合) <input type="checkbox"/> iv. 現職員数 □□□□ 名 → 新職員数 □□□□ 名 (VIIIにご加入の場合) <small>※VII-1、VII-2、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
-------	-----	------	--	--------	------