

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 ☐ I. 賠償事故補償制度 ☐ II. 利用者傷害見舞金制度 () ☐ III. 見舞客・ボランティア傷害見舞金制度	施設オプションプラン ☐ IV. 情報漏えい損害補償制度 ☐ V. トルネード・サンダーガード(什器備品損害補償制度) ☐ VI. 廃棄物排出者賠償補償制度	職員補償プラン ☐ VII-1. 業務災害補償制度 ☐ VII-2. 感染症補償制度(オプション) ☐ VIII. 職員傷害見舞金制度 ()
施設の所在地	都 道 府 県				
施設名	補償期間		年 月 日から 2026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 (☒ 印を記入してください)	☐ 1. 全部脱退 ☐ 2. 一部の制度の脱退 (☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ VII-1 ☐ VII-2 ☐ 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	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)	☐ 1. 住所、名称、代表者等の変更 TEL 新住所 〒 FAX 新名称 役職 新代表者名	
	☐ 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) ☐ i. 訪問リハビリテーションの開始 ☐ ii. 障害者総合支援法の定める短期入所の開始 iii. 現口数 口 → 新口数 口 (II、VIIIにご加入の場合) iv. 現職員数 名 → 新職員数 名 (VIIIにご加入の場合) ※VII-1、VII-2、は職員数変更の通知は必要ありません	
	☐ 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 ☐ 要 ☐ 不要	保険会社取次	DB入力
-------	-----	------	--	--------	------