

介護給付費単位数表標準マスタ利用者申込書（兼変更申込書）・利用者ライセンス報告書

(社) 国民健康保険中央会 御中

介護給付費単位数表標準マスタの利用を次の内容で申請致します。

申込・変更・変更なし（何れかに○）

申込日 年 月 日

住所

団体（会社）名

代表者氏名

印

※変更がない場合でも、下記黒枠内のご記入をお願いします。

工業会会員番号			No.						
利用者区分	1. 事業所 3. ベンダ	2. 保険者 9. その他	事業所番号又は 保険者番号						
団体（会社）名カナ									
団体（会社）名									
代表者役職									
代表者氏名 （契約者名）	姓	名							

都道府県 コード表	
コード	都道府県名
0 1	北海道
0 2	青森県
0 3	岩手県
0 4	宮城県
0 5	秋田県
0 6	山形県
0 7	福島県
0 8	茨城県
0 9	栃木県
1 0	群馬県
1 1	埼玉県
1 2	千葉県
1 3	東京都
1 4	神奈川県
1 5	新潟県
1 6	富山県
1 7	石川県
1 8	福井県
1 9	山梨県
2 0	長野県
2 1	岐阜県
2 2	静岡県
2 3	愛知県
2 4	三重県
2 5	滋賀県
2 6	京都府
2 7	大阪府
2 8	兵庫県
2 9	奈良県
3 0	和歌山県
3 1	鳥取県
3 2	島根県
3 3	岡山県
3 4	広島県
3 5	山口県
3 6	徳島県
3 7	香川県
3 8	愛媛県
3 9	高知県
4 0	福岡県
4 1	佐賀県
4 2	長崎県
4 3	熊本県
4 4	大分県
4 5	宮崎県
4 6	鹿児島県
4 7	沖縄県

「介護給付費単位数表標準マスタライセンスに関する契約（第 1 条～第 3 条）」に基づき、利用者ライセンスを報告致します。				
担当部署				
役職				
担当者氏名	姓	名		
住所	〒	—	都道府県コード	
電話番号			F A X 番号	
メールアドレス				
ライセンスの第三者への再提供有無 （該当に○をつけて下さい）	有 無			
今回利用ライセンス数 （第三者へ再提供する数も含め全利用ライセンス数をご記入下さい）	_____ライセンス（変更前_____ライセンス）			
2 0 2 4 年度利用ライセンス数				
2 0 2 3 年度利用ライセンス数				
申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 解除	4. 変更なし
今回申請ライセンス数	件	件	件	件
提出媒体（何れかに○）	電子メール・C D - R （1 枚）・提出なし			
媒体ラベル表記				
ファイル名	J2. CSV			
使用許諾（ライセンス）料： 金 9, 0 0 0 円（税込み） 複数ライセンス及び追加ライセンス： 金 6, 9 0 0 円（税込み）／ライセンス				

送付先：国民健康保険中央会 介護マスタ担当

〒1 0 0 - 0 0 1 4

東京都千代田区永田町 1 - 1 1 - 3 5 全国町村会館内