

年度更新時にはライセンス情報等に変更がない場合でも、様式2号の提出をお願いします。

(様式2号)(JAHS 会員用)

### 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
01	北海道
02	青森県
03	岩手県
04	宮城県
05	秋田県
06	山形県
07	福島県
08	茨城県
09	栃木県
10	群馬県
11	埼玉県
12	千葉県
13	東京都
14	神奈川県
15	新潟県
16	富山県
17	石川県
18	福井県
19	山梨県
20	長野県
21	岐阜県
22	静岡県
23	愛知県
24	三重県
25	滋賀県
26	京都府
27	大阪府
28	兵庫県
29	奈良県
30	和歌山県
31	鳥取県
32	島根県
33	岡山県
34	広島県
35	山口県
36	徳島県
37	香川県
38	愛媛県
39	高知県
40	福岡県
41	佐賀県
42	長崎県
43	熊本県
44	大分県
45	宮崎県
46	鹿児島県
47	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			FAX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)			
2025年度利用ライセンス数				
2024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・CD-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9,000円(税込み)				
複数ライセンス及び追加ライセンス: 金6,900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

〒100-0014

東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館内