

解約に関わる確認事項

1)解約受付～完了までの期間

- ・ けあ蔵伝送サービスのご解約は、本申請書の到着をもって受付となります。郵送のほかFAXにて受付けております。
- ・ 受付後、代理人期間終了の委任状をご郵送致します。署名捺印後にご返送いただき、国保連合会へ提出の後、審査・承認をもって解約完了となります。
※解約希望月内に国保連合会の代理人期間終了承認まで完了する為には、まず当該月の10日までに本申請書の弊社への到着及び受付が必須となります。
※上記期限を超過しての申請は、希望月に処理が行われない場合があります。
※他代行業者への移動予定の事業所様は、数か月程余裕を持ってお申し出いただけますようお願い致します。

2)ご利用料金の振替について

- ・ けあ蔵のご料金の振替は、ご利用月の翌々月の4日となっております。ご解約月までご料金が発生し、最終振替はご解約月の翌々月となります。

3)本申請書について

- ・ 本申請書の項目は、全項目必須となります。未記入の項目があると解約受付できない場合がございます。全項目記入及び、ご捺印の上ご申請ください。
- ・ 申請書をFAXでご提出された場合は、委任状のご返送時にお手元の原本も一緒にお送りいただきますようお願い致します。



チェック必須 ☐ 上記「解約に関わる確認事項」を確認・同意の上、解約申請します。

解約希望月 必須	年	月	解約事業所番号数 必須	事業所番号
-----------------	---	---	--------------------	-------

※申請日より過去の年月を解約希望月に指定することはできません。

※解約希望月の翌月1日からは、けあ蔵へのログインができなくなります。伝送のほか、通知受信も不可となりますのでご注意ください。

お客様情報

法人名 必須	フリガナ	法人印 必須	
担当者氏名 必須	フリガナ	電話番号 必須	

※本件について確認事項等のある場合には、上記のご担当者様へご連絡させていただきます。

解約書類及び委任状送付先

住所 必須	〒	—
	フリガナ	
	都 道 市	府 県 区 郡
宛名 必須	フリガナ	

※解約書類及び委任状を必ずお受取りいただける、送付先住所・宛名をご記入ください。

※記載の通り送付いたしますので、宛名に法人名や事業所名が必要な場合は必ずご記入ください。

解約事業所情報

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁) 必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									



チェック必須 ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。

※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

※解約事業所番号数が複数の場合には、「けあ蔵解約申請書(追加記入用紙)」をご利用ください。

送付先

郵送	〒163-0707 東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング7N4 アルティウスリンク株式会社 けあ蔵サポートセンター行	FAX	FAX番号 03-3344-0309
----	---	-----	-----------------------

1) 解約受付～完了までの期間

- ・ けあ蔵伝送サービスのご解約は、本申請書の到着をもって受付となります。郵送のほかFAXにて受付けております。
- ・ 受付後、代理人期間終了の委任状をご郵送致します。署名捺印後にご返送いただき、国保連合会へ提出の後、審査・承認をもって解約完了となります。
※解約希望月内に国保連合会の代理人期間終了承認まで完了する為には、まず当該月の10日までに本申請書の弊社への到着及び受付が必須となります。
※上記期限を超過しての申請は、希望月に処理が行われない場合があります。
※他代行業者への移動予定の事業所様は、数か月程余裕を持ってお申し出いただけますようお願い致します。

2) ご利用料金の振替について

- ・ けあ蔵のご料金の振替は、ご利用月の翌々月の4日となっております。ご解約月までご料金が発生し、最終振替はご解約月の翌々月となります。

3) 本申請書について

- ・ 本申請書の項目は、全項目必須となります。未記入の項目があると解約受付できない場合がございます。全項目記入及び、ご捺印の上ご申請ください。
- ・ 申請書をFAXでご提出された場合は、委任状のご返送時にお手元の原本も一緒にお送りいただきますようお願い致します。

チェック必須 ☒ 上記「解約に関わる確認事項」を確認・同意の上、解約申請します。

解約希望月 必須	20XX	年	6	月	解約事業所番号数 必須	1	事業所番号
----------	------	---	---	---	-------------	---	-------

※申請日より過去の年月を解約希望月に指定することはできません。

※解約希望月の翌月1日からは、けあ蔵へのログインができなくなります。伝送のほか、通知受信も不可となりますのでご注意ください。

お客様情報

法人名 必須	フリガナ アルティウスリンクカブシキガイシャ アルティウスリンク株式会社	印
担当者氏名 必須	フリガナ カイゴ ケアゾウ 介護 けあ蔵	電話番号 必須 0120-984-785

※本件について確認事項等のある場合には、上記のご担当者様へご連絡させていただきます。

解約書類及び委任状送付先

住所 必須	〒 163 - 0707
	フリガナ トウキョウト シンジュク ニシンジュク 東京 都 道 新宿 市 郡 西新宿2-7-1
	フリガナ シンジュクダイイチセイメイビルディングナナエヌヨン 新宿第一生命ビルディング7N4
宛名 必須	アルティウスリンク株式会社 介護 けあ蔵

※解約書類及び委任状を必ずお受取りいただける、送付先住所・宛名をご記入ください。

※記載の通り送付いたしますので、宛名に法人名や事業所名が必要な場合は必ずご記入ください。

解約事業所情報

拠点ID 必須	WM9999001 (アルファベットと数字の組み合わせになります 別例: ADR2K001)
事業所名 必須	けあ蔵介護センター
事業所番号(10桁) 必須	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☒ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他

チェック必須 ☒ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。

※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

※解約事業所番号数が複数の場合には、「けあ蔵解約申請書(追加記入用紙)」をご利用ください。

送付先

郵送	〒163-0707 東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング7N4 アルティウスリンク株式会社 けあ蔵サポートセンター行	FAX	FAX番号 03-3344-0309
----	---	-----	-----------------------

解約事業所情報

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁)必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									

！ **チェック必須** ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。
 ※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁)必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									

！ **チェック必須** ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。
 ※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁)必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									

！ **チェック必須** ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。
 ※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁)必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									

！ **チェック必須** ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。
 ※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。

拠点ID 必須										
事業所名 必須										
事業所番号(10桁)必須										
解約理由 必須	☐ 他社伝送代行ソフトへ移動 ☐ 事業所閉鎖のため ☐ 事業所番号廃止(変更済み) ☐ その他									

！ **チェック必須** ☐ 上記事業所番号のアルティウスリンク(けあ蔵)との代理人委任期間終了を国保連合会へ申請することに同意します。
 ※国保連に終了承認を受けると伝送請求ができなくなります。解約する事業所番号の書き間違いがないようご注意ください。