

お申込みにあたってのご案内

ユーザIDについて

けあ蔵のお申込みに、
アルファベット「KJ」から始まる「インターネット伝送用のユーザID」が必要です。

新規立ち上げや、現在CD-R等でご請求しているなどの理由で、インターネット伝送用のユーザIDをお持ちでない場合は、管轄の国保連合会に対し請求方法をインターネット伝送にする申請を行ってください。

一定期間後に申請が承認されると、「電子請求登録結果に関するお知らせ」という書類が発行され、その用紙にユーザIDが記載されています。

※通常「請求及び受領に関する届出書」でのご申請となりますが、都道府県によっては申請方法や書式が異なる場合がありますので事前に管轄の国保連合会へご確認ください。

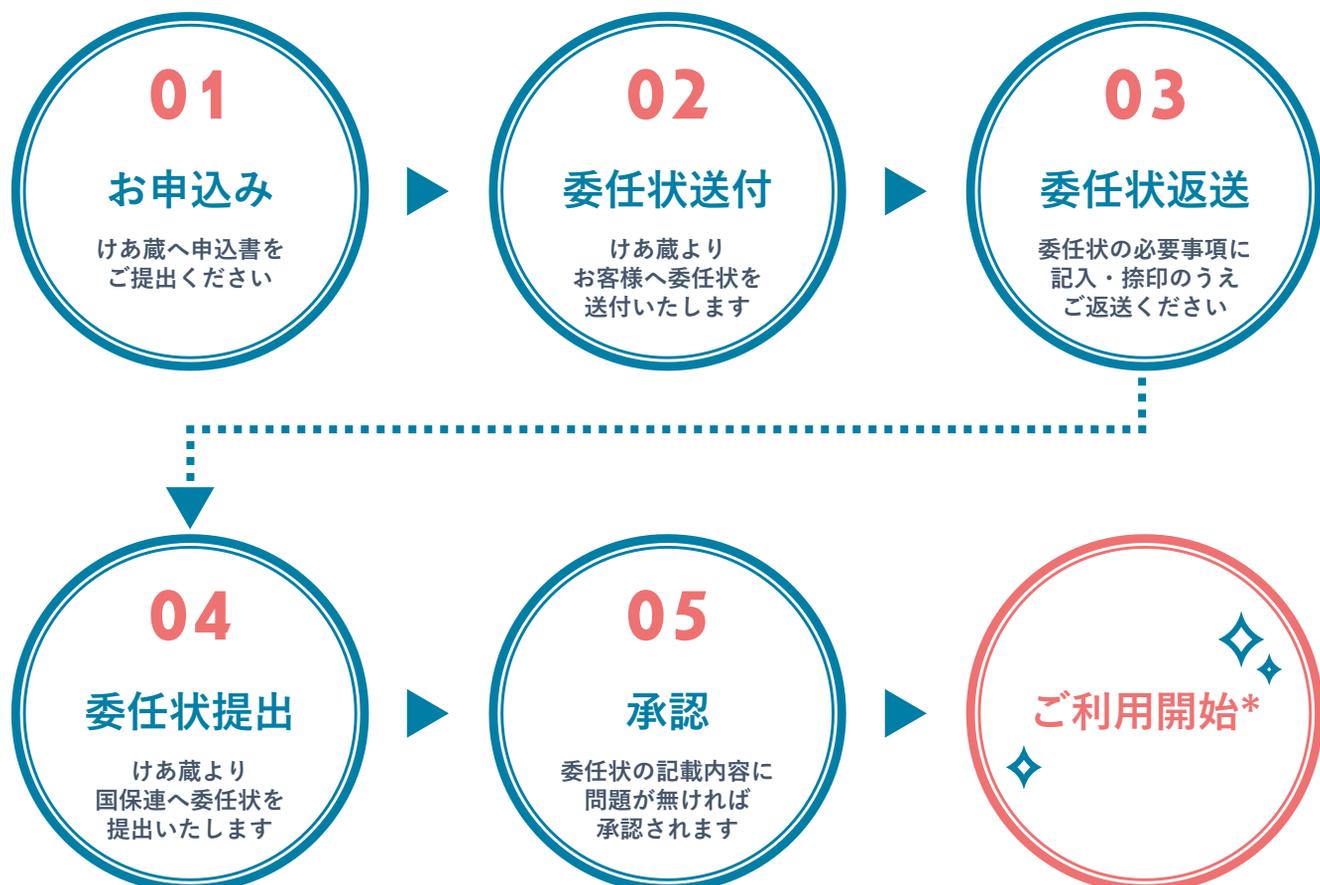
ご利用開始月の目安

毎月25日までのお申込みで、翌々月が最短のご利用開始月となります。
例：6月開始希望⇒4月25日までに申込書必着

※開始月の前月のサービス提供分のご請求が可能です。（例：4月開始⇒3月サービス提供分の請求）

※他の代理人が設定されている等の理由により、弊社でのお手続きが進められない場合には、希望月からご利用いただけないことがあります。

お手続きの流れ



*利用開始月の1日より

記入から提出までの流れ

本申込書の記入から提出までの流れについて

STEP1 確認事項と利用規約の確認

「確認事項」の記載事項と、別紙の「利用規約」お読みいただき、チェックをお入れください。

STEP2 記入・捺印

申込書の全必須事項に記入・捺印ください。

STEP3 提出前チェック

記入・捺印が完了しましたら、1枚目の「ご提出前のチェック事項」をご確認いただき、チェックをお入れください。

STEP4 提出

郵送もしくはFAXにて弊社へご提出ください。

確認事項

重要 国保連伝送サービス利用申込みにあたりご確認いただきたい事項**①**ご利用料金の発生

ご利用開始日当日より月額料金が発生致します。日割り金額でのご請求は対応しておりませんのでご了承ください。

※ご契約法人様ごとに一括でのご請求となります(事業所ごとのご請求は対応しておりません)

②申込区分

本申込書にての申込区分は「追加」になります。

※追加分のご利用料金引き落とし口座を現在とは別口座にされたい場合、申込区分が「追加」ではなく「新規」となり「新規申込書」でのお申込みが必要となります。

※上記の場合、複数事業所ご契約時の割りもそれぞれ別の計算、適用となりますのでご注意ください。

③事業所番号の変更

けあ蔵利用中に事業所番号が変更となった場合は、新規IDの発行対象となり、利用中のデータを引き継ぐことができませんのでご注意ください。

④パスワード管理

セキュリティ上の措置により、ログインパスワードは初回ログイン時及び、再発行時は変更が必須となります。通常は180日ごとでのご変更を推奨しております。

パスワードをお忘れになると、けあ蔵へのログインができなくなります。けあ蔵ではお客様のパスワード管理を行っておりません。紛失されないようご注意ください。

⑤解約・退会処理

伝送サービスのご解約は、解約申請書による申請が必要です。解約は月単位となり、ご利用料金は解約月まで発生し日割りでの計算はしていません。

※けあ蔵の解約と同時にインターネット伝送の「委任期間の終了申請」を行う必要がございます。終了処理には2~3週間ほどお時間がかかります。

チェック必須

上記事項及びクラウド型介護報酬請求サービス利用規約に**同意**の上、けあ蔵正規利用に**追加**で申し込みます。

申込日 **必須**

20XX

年

4

月

10

日

>>> 続いて2枚目をご記入ください

ご提出前のチェック事項

ご提出前に以下の3点をご確認いただき、**チェック**をお入れください。

最後に確認

申込書の全ての必須事項に記入・捺印したか？

記入した内容に間違いはないか？

提出する枚数に間違いはないか？(全4枚)

郵送先

〒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送信先

FAX番号

03-3344-0309

お問い合わせ先

けあ蔵サポートセンター / 電話番号 0120-984-785 / 営業時間 9:00~17:30 (土日祝日・当社指定日を除く)

現契約情報

追加先となる、現契約情報をご記入ください。

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
法人印*1 必須	
事業所番号(10桁)*2 必須	9876543211
拠点ID*2 必須	WM9999001

- *1 法人印、もしくは本契約をご承認されるお立場の方の印鑑でご捺印
- *2 拠点ID、事業所番号が複数ある場合は、何れかおひとつをご記入

? 拠点IDとは

ご契約時にけあ蔵より発行したアカウント情報のひとつで、けあ蔵にログインする際に、一番上にご入力いただいているものです。
 ※アルファベットと数字の組み合わせになります 別例：ADR2K001

SAMPLE

けあ蔵をご利用いただくには、「拠点ID」「ログインID」「パスワード」を
 ログインしてください。

拠点ID

ログインID

パスワード

ログイン

連絡先窓口情報

弊社からのご連絡先と郵送・メールの送付先をご記入ください。

※現在けあ蔵に登録されている連絡先窓口情報と下記記載内容に相違のある

担当者氏名 必須	フリガナ カイゴ ケアコ
	介護 けあ子
電話番号 必須	03-6327-1785
FAX番号	03-3344-0309
住所 必須	〒 163 - 0707
	フリガナ トウキョウト シンジュク ニシシンジュク
	東京 道 新宿 市 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
Eメールアドレス 必須	新宿第一生命ビルディング7N4 <small>※ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください</small>
	carezou @ xxx.jp.net

■Eメールアドレスについて

ご利用開始時はこちらにご記入いただいたメールアドレス宛に、けあ蔵のログインIDとパスワードをご連絡致します。

※活字体でのご記入をお願い致します。筆記体でのご記入はご遠慮ください。

>>> 続いて3枚目をご記入ください

申込み事業所番号数

今回お申込みの事業所番号数をご記入ください。

申込事業所番号数 **必須**

2

事業所番号

利用開始希望月

けあ蔵のご利用開始希望月をご記入ください。

利用開始希望月 **必須**

6

月

毎月25日までのお申込みで、翌々月が最短のご利用開始月となります。(例:6月開始希望⇒4月25日までに申込書必着)

※開始月の前月のサービス提供分のご請求が可能です。(例:4月開始⇒3月サービス提供分の請求)

※他の代理人が設定されている等の理由により、弊社でのお手続きが進められない場合には、希望月からご利用いただけないことがあります。

委任状送付先

お申し込み後、けあ蔵より委任状を発送いたします。
 委任状は「けあ蔵」とご契約者様との双方にて署名捺印し、国保連合会に提出する必要がある大事な書類です。
必ずお受け取りいただける送付先住所を下記にご指定ください。

住所 必須	〒	163	—	0707
	フリガナ	トウキョウト	シンジユクク	ニシンジユク
	東京	都府県	新宿	市郡
	西新宿2-7-1			
フリガナ	シンジユクダイイチセイメイビルディングナナエヌヨン			※ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください
	新宿第一生命ビルディング7N4			
宛名 必須	けあ蔵介護センター 介護 けあ蔵			

※記載の通り送付致しますので、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。

アカウント種別

けあ蔵は、ご契約時に発行となるアカウントにてWEB上の会員サイトへログインし、ご利用いただけるサービスです。
 アカウントに設定されている事業所番号の請求データ伝送や、国保連合会から送信される審査結果文書・お知らせをご確認いただけます。

※本欄は既契約事業所番号数によってご案内が異なります。下記のA・Bより該当する方に記載されている内容に沿ってお進みください。

A 現在けあ蔵ご契約中の事業所番号数が **2つ以上** の場合→ 既にアカウント種別のご指定はいただいている為、本欄のご記入は**不要**です。**4枚目へお進みください。**B 現在けあ蔵ご契約中の事業所番号数が **1つ** の場合→ お客様の状況に合わせて、**下記にてアカウント種別をお選びください。**

アカウント種別 Bに該当するお客様のみ どちらかにチェック必須	<input checked="" type="checkbox"/> 個別アカウント の発行を希望する アカウントをご契約事業所番号数分発行し、1アカウントにつき1つ事業所番号を設定致します。 事業所毎に伝送を行われる場合等でご活用いただけます。
	<input type="checkbox"/> 一括アカウント の設定を希望する 現在ご利用中のアカウントに全てのご契約事業所番号を設定致します。 1人の担当者がまとめて伝送を行われる場合や、何回もログイン、ログアウトが面倒、複数のパスワード管理をしたくない等のご希望があれば、こちらが便利です。

>>> 続いて4枚目をご記入ください

申込事業所情報

伝送申込みされる事業所の情報をご記入ください。

※同一事業所番号の事業所が複数ある場合は、一つだけご記入ください。

事業所名 必須	フリガナ ケアゾウカイゴセンター												
	ケア蔵介護センター												
事業所番号(10桁) 必須	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0			
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	KJ	9	8	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
利用介護ソフト名 必須	介護システム●●ケア												
備考													

事業所名 必須	フリガナ ケアゾウヘルパーステーション												
	ケア蔵ヘルパーステーション												
事業所番号(10桁) 必須	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2			
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	KJ	0	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2
利用介護ソフト名 必須	介護システム●●ケア												
備考													

事業所名 必須	フリガナ												
事業所番号(10桁) 必須													
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	KJ												
利用介護ソフト名 必須													
備考													

⚠ ユーザIDについて

ケア蔵のお申込みには、
アルファベット「KJ」から始まる「インターネット伝送用のユーザID」が必要です。

新規立ち上げや、現在CD-R等でご請求しているなどの理由で、インターネット伝送用のユーザIDをお持ちでない場合は、管轄の国保連合会に対し請求方法をインターネット伝送にする申請を行ってください。

一定期間後に申請が承認されると、「電子請求登録結果に関するお知らせ」という書類が発行され、その用紙にユーザIDが記載されています。

※通常「請求及び受領に関する届出書」でのご申請となりますが、都道府県によっては申請方法や書式が異なる場合がありますので事前に管轄の国保連合会へご確認ください。

※もし記入欄が足りない場合には本紙をコピーしていただき、そちらへご記入ください。

>>> 最後に1枚目下部の「ご提出前のチェック事項」をご確認ください

記入から提出までの流れ

本申込書の記入から提出までの流れについて

STEP1 確認事項と利用規約の確認

「確認事項」の記載事項と、別紙の「利用規約」お読みいただき、チェックをお入れください。

STEP2 記入・捺印

申込書の全必須事項に記入・捺印ください。

STEP3 提出前チェック

記入・捺印が完了しましたら、1枚目の「ご提出前のチェック事項」をご確認いただき、チェックをお入れください。

STEP4 提出

郵送もしくはFAXにて弊社へご提出ください。

確認事項

重要 国保連伝送サービス利用申込みにあたりご確認いただきたい事項

①ご利用料金の発生

ご利用開始日当日より月額料金が発生致します。日割り金額でのご請求は対応しておりませんのでご了承ください。

※ご契約法人様ごとに一括でのご請求となります(事業所ごとのご請求は対応しておりません)

②申込区分

本申込書にての申込区分は「追加」になります。

※追加分のご利用料金引き落とし口座を現在とは別口座にされたい場合、申込区分が「追加」ではなく「新規」となり「新規申込書」でのお申込みが必要となります。

※上記の場合、複数事業所ご契約時の割引もそれぞれ別での計算、適用となりますのでご注意ください。

③事業所番号の変更

けあ蔵利用中に事業所番号が変更となった場合は、新規IDの発行対象となり、利用中のデータを引き継ぐことができませんのでご注意ください。

④パスワード管理

セキュリティ上の措置により、ログインパスワードは初回ログイン時及び、再発行時は変更が必須となります。通常は180日ごとでのご変更を推奨しております。

パスワードをお忘れになると、けあ蔵へのログインができなくなります。けあ蔵ではお客様のパスワード管理を行っておりません。紛失されないようご注意ください。

⑤解約・退会処理

伝送サービスのご解約は、解約申請書による申請が必要です。解約は月単位となり、ご利用料金は解約月まで発生し日割りでの計算はしていません。

※けあ蔵の解約と同時にインターネット伝送の「委任期間の終了申請」を行う必要がございます。終了処理には2～3週間ほどお時間がかかります。

チェック必須 上記事項及びクラウド型介護報酬請求サービス利用規約に同意の上、けあ蔵正規利用に追加で申し込みます。

申込日 必須

年

月

日

>>> 続いて2枚目をご記入ください

ご提出前のチェック事項

ご提出前に以下の3点をご確認いただき、チェックをお入れください。

最後に確認

- 申込書の全ての必須事項に記入・捺印したか？
 記入した内容に間違いはないか？
 提出する枚数に間違いはないか？(全4枚)

郵送先

〒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送信先

FAX番号

03-3344-0309

お問い合わせ先

けあ蔵サポートセンター / 電話番号 0120-984-785 / 営業時間 9:00~17:30 (土日祝日・当社指定日を除く)

現契約情報

追加先となる、現契約情報をご記入ください。

法人名 必須	フリガナ	
法人印*1 必須		
事業所番号(10桁)*2 必須		
拠点ID*2 必須		

*1 法人印、もしくは本契約をご承認されるお立場の方の印鑑でご捺印ください。

*2 拠点ID、事業所番号が複数ある場合は、何れかおひとつをご記入ください。

連絡先窓口情報

弊社からのご連絡先と郵送・メールの送付先をご記入ください。

※現在けあ蔵に登録されている連絡先窓口情報と下記記載内容に相違のある箇所に関しては、登録を記載のものに変更させていただきます。

担当者氏名 必須	フリガナ	
電話番号 必須		
FAX番号		
住所 必須	〒	—
	フリガナ	
	都府	道県
	市区	郡
Eメールアドレス 必須	フリガナ	
	※ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください	
@	
	

■Eメールアドレスについて

ご利用開始時はこちらにご記入いただいたメールアドレス宛に、けあ蔵のログインIDとパスワードをご連絡致します。

※活字体でのご記入をお願い致します。筆記体でのご記入はご遠慮ください。

>>> 続いて3枚目をご記入ください

申込み事業所番号数

今回お申込みの事業所番号数をご記入ください。

申込事業所番号数 必須	88	事業所番号
-------------	----	-------

利用開始希望月

けあ蔵のご利用開始希望月をご記入ください。

利用開始希望月 必須	月
------------	---

毎月25日までのお申込みで、翌々月が最短のご利用開始月となります。(例:6月開始希望⇒4月25日までに申込書必着)

※開始月の前月のサービス提供分のご請求が可能です。(例:4月開始⇒3月サービス提供分の請求)

※他の代理人が設定されている等の理由により、弊社でのお手続きが進められない場合には、希望月からご利用いただけないことがあります。

委任状送付先

お申し込み後、けあ蔵より委任状を発送いたします。
委任状は「けあ蔵」とご契約者様との双方にて署名捺印し、国保連合会に提出する必要がある大事な書類です。
必ずお受け取りいただける送付先住所を下記にご指定ください。

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

※記載の通り送付致しますので、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。

アカウント種別

けあ蔵は、ご契約時に発行となるアカウントにてWEB上の会員サイトへログインし、ご利用いただけるサービスです。
アカウントに設定されている事業所番号の請求データ伝送や、国保連合会から送信される審査結果文書・お知らせをご確認いただけます。

※本欄は既契約事業所番号数によってご案内が異なります。下記のA・Bより該当する方に記載されている内容に沿ってお進みください。

A 現在けあ蔵ご契約中の事業所番号数が 2つ以上 の場合

→ 既にアカウント種別のご指定はいただいている為、本欄のご記入は不要です。4枚目へお進みください。

B 現在けあ蔵ご契約中の事業所番号数が 1つ の場合

→ お客様の状況に合わせて、下記にてアカウント種別をお選びください。

アカウント種別 Bに該当するお客様のみ どちらかにチェック必須	<input type="checkbox"/> 個別アカウントの発行を希望する アカウントをご契約事業所番号数分発行し、1アカウントにつき1つ事業所番号を設定致します。 事業所毎に伝送を行われる場合等でご活用いただけます。
	<input type="checkbox"/> 一括アカウントの設定を希望する 現在ご利用中のアカウントに全てのご契約事業所番号を設定致します。 1人の担当者がまとめて伝送を行われる場合や、何回もログイン、ログアウトが面倒、複数のパスワード管理をしたくない等のご希望があれば、こちらが便利です。

>>> 続いて4枚目をご記入ください

申込事業所情報

伝送申込みされる事業所の情報をご記入ください。

※同一事業所番号の事業所が複数ある場合は、一つだけご記入ください。

事業所名 必須	フリガナ												
事業所番号(10桁) 必須													
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	K	J											
利用介護ソフト名 必須													
備考													

事業所名 必須	フリガナ												
事業所番号(10桁) 必須													
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	K	J											
利用介護ソフト名 必須													
備考													

事業所名 必須	フリガナ												
事業所番号(10桁) 必須													
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	K	J											
利用介護ソフト名 必須													
備考													

事業所名 必須	フリガナ												
事業所番号(10桁) 必須													
ユーザID 必須 (KJ+12桁)	K	J											
利用介護ソフト名 必須													
備考													

※もし記入欄が足りない場合には本紙をコピーしていただき、そちらへご記入ください。

>>> 最後に1枚目下部の「ご提出前のチェック事項」をご確認ください