

記入見本

けあ蔵解約申請書

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。
 - ・ FAXの場合は、本申請書の原本を必ずお手元に保管いただき、受付後に弊社から送付する「委任状」のご返送時の封筒に同封にて原本をご提出ください。
 - ・ 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

- ・ 本申請書は全項目の記入が必須となります。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

連絡が取れる連絡先を
1つ以上ご記入ください。

「解約に関わる確認事項」の全項目に承諾の上、解約申請書をアルティウスリンク株式

申請書記入者 必須	フリガナ	カイゴ	ケアコ	記入者電話番号 必須	①	03-XXXX-XXXX
	介護 けあ子				②	070-XXXX-XXXX
申請日 必須	20XX		年	XX	月	XX 日

※この申請書を記入した方のお名前、ご連絡先を記入してください。

※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。

解約希望月

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

※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。

法人情報

法人名 必須	フリガナ	〇〇〇〇カブシキガイシャ	印
	〇〇〇〇〇株式会社		

解約書類及び委任状送付先

住所 必須	〒	XXX	—	XXXX
	フリガナ	トウキョウト	〇〇〇〇ク	〇チヨウメ〇バン〇ゴウ
	東京 都 道 〇〇 市 〇丁目〇番〇号			
宛名 必須	フリガナ	〇〇〇〇〇マンション 〇ゴウシツ		
	〇〇マンション 〇号室			
宛名 必須	〇〇〇〇〇株式会社			

※郵便事故等での不配防止のため、宛名はできるだけご担当者様氏名まで正しくご記入ください。

※宛名に「法人名」や「事業所名」が必要な場合は必ず記載ください。

※宛名無記載の場合は、ご法人名での送付となります。

拠点IDとは？

けあ蔵にログインをする際に、
一番上にご入力して頂く
アルファベットと数字の
組み合わせになります。

※KJから始まるものでは
ございません。

解約事業所情報

拠点ID 必須	ABXXXXXXXX									
事業所名 必須	〇〇〇介護センター									
事業所番号(10桁) 必須	1	3	X	X	X	X	X	X	X	X
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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

※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。
 - ・ FAXの場合は、本申請書の原本を必ずお手元に保管いただき、受付後に弊社から送付する「委任状」のご返送時の封筒に同封にて原本をご提出ください。
 - ・ 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

- ・ 本申請書は全項目の記入が必須となります。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。

「解約に関わる確認事項」の全項目に承諾の上、解約申請書をアルティウスリンク株式会社へ提出いたします。

申請書記入者 必須	フリガナ	記入者電話番号 必須	①
			②
申請日 必須	年 月 日		

※この申請書を記入した方のお名前、ご連絡先を記入してください。

※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。

解約希望月

解約希望月 必須	年	月	解約事業所番号数 必須	8	8	個
----------	---	---	-------------	---	---	---

※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。

申請者情報

法人名 必須	フリガナ	法人印 必須

解約書類及び委任状送付先

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

※郵便事故等での不配防止のため、宛名はできるだけご担当者様氏名まで正しくご記入ください。

※宛名に「法人名」や「事業所名」が必要な場合は必ず記載ください。

※宛名無記載の場合は、ご法人名での送付となります。

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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

※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
----	---	-----	-----------------------



けあ蔵解約申請書(追加記入用紙)

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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

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									

※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。記入いただいた事業所番号にて国保連合会へ申請します。

※国保連合会に代理人委任期間終了の承認を受けると伝送請求ができなくなります。

■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)

