

いきいきメディケアサポート 利用申込書

お申込み日	年	月	日
ご利用希望開始日	年	月	日

1. 契約者情報

法人情報	フリガナ			代表印
	法人名			
	フリガナ			
	代表者役職/氏名			
	フリガナ			
住所等	〒			
	TEL:	FAX:		
事業所情報	サービス種類	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	フリガナ			
	事業所名			
	フリガナ			
	管理者名	<input type="checkbox"/> 法人代表者と同じ		
	フリガナ			
	住所等	<input type="checkbox"/> 法人住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)		
		〒		
	TEL:	FAX:		
メールアドレス	※いきいきメディケアサポートより大切なご案内をお送りさせていただきます。			
開設日		ステーションコード (医療保険)		
事業所番号 (介護保険)		地域区分 (介護保険)	()級地 or その他	

2. 担当者情報

担当者情報	フリガナ			
	部署/ 担当者名			
	フリガナ			
	住所等	<input type="checkbox"/> 法人住所と同じ <input type="checkbox"/> 事業所住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)		
〒				
TEL:	FAX:			

3. 郵送物送付先(請求書等) ※チェックがない場合、事業所宛へ送付させていただきます。

郵送物 送付先	<input type="checkbox"/> 法人情報と同じ <input type="checkbox"/> 事業所情報と同じ <input type="checkbox"/> 担当者情報と同じ <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)		
	フリガナ		
	部署/ 担当者名		
	フリガナ		
住所等	〒		
	TEL:	FAX:	

4. オプションサービスの申込み

オプションサービス	サービス内容	申込み
(1)介護保険請求事務代行サービス	国保連への伝送による請求代行 ※インターネット請求	
(2)医療保険請求事務代行サービス	国保連、支払基金への郵送による請求代行 ※印影をご提出ください。	
(3)利用者請求事務代行サービス	利用者の請求書兼領収書の発行郵送手続き	
(4)スマートデバイスマネジメント	モバイル端末の一元管理	()台

申込書 送付先	郵送の場合	〒101-0047 東京都千代田区内神田2-14-10 東正ビル いきいきメディケアサポート株式会社宛
	FAXの場合	03-6909-1866
	メールの場合	info@ikiikimedicare.co.jp
お問合せ先	TEL	03-5298-6070 (営業時間:平日10:00~18:00)