

スマート伝送解約届

本紙下記事項を承諾し、サービスの解約を届け出ます。

最終ご利用希望月： 年 月末 解約希望

- (1) 本解約届が株式会社ビーシステム（以下弊社といいます。）に到着した日付を解約届の受領日とし、毎月27日までに受領したのものについては、最短でその翌月を最終ご利用月とします。なお、余裕をもったお申し込みの場合は、その限りではございません。

最終ご利用月末日をもって伝送サービスを停止し、弊社は次の手続きをとります。

①解約届出事業者のログイン無効化。

②解約届出事業者がサーバー上で入力されたデータの全消去。

※上記手続きに伴い、解約後は「スマート伝送」画面が起動しません。

過去の審査結果や支払通知、国保連絡文書、送信ファイルなどのバックアップは必ず利用期間内に実施してください。

- (2) (1) の手続きをとったことによる解約届出事業者の損害については、弊社は一切これを負いません。

解約届出事業者

事業所名 ：

事業所番号：

※ 解約後は上記番号でのスマート伝送による国保連請求ができなくなります。
他サービス等で同一事業所番号のご利用がないかご確認ください。

【本件に関するご連絡先】

担当者名 ： 様 F A X 番号：

※ 手続状況のご案内に使用いたしますので、必ずご記入ください。

平成 年 月 日

御署名

Ⓜ

ビーシステム使用欄	
受付	SF

青枠内は必須です

見本 (解約用)

ご記入日 (西暦)

2019年5月1日

委任状

●●●●国民健康保険団体連合会 理事長 様

国保連お届印で
押印してください。

事業者 住所 神奈川県川崎市麻生区上麻生 XX-XXX

法人名 株式会社みつばちケア

役職・代表者名 代表取締役 みつばち 太郎

委任状の「事業者」には
法人様の情報を記載して
ください。



当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務及び復代理人の選任を代理人に委任します。

なお、ここでいう請求事務とは、電子請求受付システムへの登録業務、電子証明書の取得管理、およびパスワード管理を指します。

委任元 (事業所)	事業所名	みつばちデイサービス
	事業所番号	1400000015
	委任期間	2018年1月～ 2019年6月
委任先 (代理人)	法人名	株式会社ビーシステム 印
	役職・部署名	代表取締役
	氏名 または代表者名	笠原 正博

西暦でご記入ください。

スマート伝送のご利用開始月～終了月をご記入ください。

■開始月

スマート伝送開始時にご提出いただいた委任状の委任期間と同じ年月

■終了月

スマート伝送解約届のご提出日が

・1日～27日の場合→翌月

・28日～月末の場合→翌々月

委任期間が分からない場合は「スマート伝送担当」までお問い合わせください。

年 月 日

委任状

高知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 様

事業者 住所

法人名

役職・代表者名

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務及び復代理人の選任を代理人に委任します。

なお、ここでいう請求事務とは、電子請求受付システムへの登録業務、電子証明書の取得管理、およびパスワード管理を指します。

委任元 (事業所)	事業所名	
	事業所番号	
	委任期間	年 月 ~ 年 月
委任先 (代理人)	法人名	株式会社ビーシステム 印
	役職・部署名	代表取締役
	氏名 または代表者名	笠原 正博