

# 全国土木建築国民健康保険組合加入者向け 介護相談依頼書（兼 情報取扱同意書）

FAX専用用紙

後記「情報の取扱いに関する事項」および「その他の事項」に同意のうえ、ご依頼ください。

依頼書送付先	厚生会 FAX番号	<b>03-3264-1952</b>
--------	--------------	---------------------

依頼日	年    月    日
-----	-------------

**■ 依頼内容**

網掛け欄に「○印」をお願いします。

※介護事業者から個別に連絡等をさせていただきますのでご了承ください。

ご希望		ご依頼内容	
1	介護相談		A：下記の電話番号に連絡を希望する B：下記のメールアドレスに連絡を希望する
2	資料請求		ホームの資料を請求する 【下記の住所に資料を送付いたします】
3	見学依頼		ホームの見学を依頼する 【下記の電話番号に確認のお電話をいたします】

ご依頼者様の状況（※）は任意	フリガナ				
	ご依頼者氏名		電話番号		
	住所 (●市△区まで可)(※)	〒            -			
	メールアドレス (※)	@			
	フリガナ				
	入居予定者氏名				
	入居予定者との関係		ご希望ホーム(エリア)		

(注1) 優待割引は、全国土木建築国民健康保険組合組合員の2親等以内の方で要支援1から要介護5の方が入居される場合に限り適用されます。

(注2) ご依頼いただける方は、成年の方、または未成年の場合はご結婚されている方に限らせていただきます。

**「情報の取扱いに関する事項」**

- この依頼書は土木建築厚生会、上記FAX番号宛にご送付ください。  
土木建築厚生会は、ご記入いただいた情報をSOMPOケアネクスト株式会社に提供します。
- 土木建築厚生会は、ご記入いただいた情報をSOMPOケアネクスト株式会社への提供のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

**「その他の事項」**

- 土木建築厚生会は介護事業者のサービスを紹介・取次ぎしているものであり、介護施設等を運営しているものではありません。

取扱者使用欄	<b>&lt;お問い合わせ先&gt;</b> <b>SOMPOケア 介護なんでも相談室</b> <b>TEL：0120-155-703 ※午前9時～午後6時（土・日・祝も受付）</b> <b>メールアドレス：houjin1@sompocare.com</b>
--------	--

SOMPOケア使用欄		
入居相談室 照合確認	担当AC	Sコード