

申込日付

年 月 日

## AMMIAS Plus (アミアスプラス) 申込書

### お申込み者様記入欄

|      |  |     |        |  |
|------|--|-----|--------|--|
| 会員番号 |  | 連絡先 | TEL    |  |
| 氏名   |  |     | FAX    |  |
| 治療院名 |  |     | E-mail |  |

※AMMIAS Plusをお申込みの前に下記注意点をご確認ください※

- ・AMMIAS PlusはWindows/パソコンのOS環境のみ対応しております。
- ・Mac/パソコン対応のWindowsOS等の環境では動作保証対象外のため、ご使用になれません。
- ・作成するデータは全てクラウドサーバーに保存されます。

※AMMIAS Plusをご使用にあたり、下記推奨項目のご確認をお願い致します。

|                          |                    |                                |                |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------|
| 使用上の推奨項目                 | <b>インターネット環境必須</b> | <b>画面解像度1024×768以上必須</b>       | <b>プリンター必須</b> |
| CPU: Core2Duo以上          | メモリ: 1.5GB以上       | インストールに必要な容量約150MB+データ保存用の空き容量 |                |
| 有線LAN推奨(回線速度: 5.0MB/sec) |                    |                                |                |

《解像度の確認方法》

Windows 8 → パソコンのデスクトップの何もない場所で右クリック ⇒ 画面の解像度(C) ⇒ 「解像度(R)」

Windows10 → パソコンのデスクトップの何もない場所で右クリック ⇒ ディスプレイ設定(D) ⇒ 「解像度」

①お使いのパソコンの環境について該当する箇所にチェックをお願い致します。

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Windows                       | <input type="checkbox"/> 8/8.1 <input type="checkbox"/> 10   ※XP・Vista・7不可 |
| インターネット環境必須 / クラウドサーバーへのデータ保存 | <input type="checkbox"/> 了承  |
| ご利用されているウイルス対策ソフト名            |  |

※ご利用されていない場合は、「利用なし」と記載ください。

②お申し込みのライセンスについて該当する箇所にチェック及び、分院/出張拠点数の記載をお願い致します。

|       |   |    |   |
|-------|---|----|---|
| ライセンス | <input type="checkbox"/> 基本ライセンス(本院用)<br><input type="checkbox"/> 分院用ライセンス × 拠点 | 料金 | 基本ライセンス: ¥26,400(税込)<br>分院用ライセンス(1拠点): ¥5,400(税込) |
|-------|---|----|---|

《ライセンス購入例について》

例) 本院と分院2ヶ所の計3拠点にてAMMIAS Plusをご利用いただく場合

⇒ 本院: 基本ライセンス 分院1: 分院用ライセンス 分院2: 分院用ライセンス

※¥26,400+¥5,400+¥5,400 = ¥37,200(税込)

③AMMIAS Plusお申込みのきっかけとなった項目へチェックをお願い致します。

|                                   |  |   |    |
|-----------------------------------|--|---|----|
| <input type="checkbox"/> 協会ホームページ | <input type="checkbox"/> セミナーのお知らせ(地域: )   | <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者: ) | 様) |
| 協会からのお知らせ:                        | <input type="checkbox"/> 入会時 <input type="checkbox"/> 支給通知書 <input type="checkbox"/> その他 |   |    |

④ご利用になったことがあるソフトへチェックをお願い致します。

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMMIAS | <input type="checkbox"/> 利用なし |
|---------------------------------|-------------------------------|

### 【注意事項】

- ①協会への入会と同時にソフトを申込される方は入会手続きが全て完了されてからの申込受付となります。
- ②ご契約をされる方が正会員及び療養費申請サポート加入済であり、当協会を通して保険申請を行なうことが前提となります。
- ③契約日より1年未満で解約をされた場合の使用料返金は致しませんのでご了承ください。
- ④電子データではありませんので印刷した申請書・総括表と総括表データの3点を提出して頂きます。
- ⑤事務手数料3.9%適用は総括表データ提出の翌月療養費支給分からとなります。
- ⑥申請書印刷には白紙のコピー用紙をご使用ください(協会で販売している手書き申請書用紙には印刷は出来ません)。

※申込書へ記入後、日本橋事務所《FAX: 050-5812-0553》宛に送信をお願い致します。

※ご不明な点等は、申請処理課《TEL: 050-5812-0552》にお問い合わせください。

|        |        |           |       |       |        |    |         |   |   |
|--------|--------|-----------|-------|-------|--------|----|---------|---|---|
| 事務局記入欄 | データ作成日 |           | 契約開始月 |       | 契約書発送日 |    | 認証キー送信日 |   |   |
|        |        |           | 月     |       |        |    |         |   |   |
|        | 距離     | ライセンス No. | -     | 契 No. | No.    | 地域 | 入会      | 年 | 月 |