

介護給付費の請求及び受領に関する届

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 様

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

みなし指定記入例

開設者 住所 ○○市××町□□通1丁目23-456号

医療法人□□会◇◇病院

氏名 理事長 ○×○ □◇□

印
理事
之印

介護給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号	2817654321					
法人 種別	医療法人					
フリガナ	イリョウホウジンカクカクカイヒシヒシビョウ イン	郵便 番号	000-0000		連 合 会 使 用 欄	
(請求先) 事業所 名称	医療法人□□会◇◇病院	TEL	999-999-9999			
		FAX	999-999-0000			
フリガナ	マルマルシバツバツチョウカクカドオリ 1チョウメ23-456ゴウ	振込先	9 9 9 9	●●●	銀行 信託銀行 信用金庫 農 協	
所在地	○○市××町□□通1丁目23-456号	支店名	9 9 9	◆◆◆	不 店 支	
		口座 番号	1:普通 2:当座 9:その他	9 9 9 9 9 9 9		
フリガナ	イリョウホウジンカクカクカイヒシヒシビョウイン リジチョウ マルバツマル カクヒシカク	フリガナ	イリョウホウジンカクカクカイヒシヒシビョウイン			
請求者	医療法人□□会◇◇病院 理事長 ○×○ □◇□	(口座名義人) 受領者	医療法人□□会◇◇病院			
届出理由(該当番号に○をつけてください。)		異動年月(国保連合会への請求月)	旧事業所番号			
1	新設	○○年○○月請求分より	※摘要			
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更					
3	請求方法の変更					
4	振込銀行及び口座番号の変更					
5	その他()					
請求 媒体	接続先電話番号 ① 伝送 (123 - 456 - 7890) 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD) 5. 帳票					
返却 形式	1. CSV形式					
Eメール						
備考						