

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者 住所
 法人名
 代表者職・氏名

印

介護給付費等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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人 種別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | 郵便 番号 | | | | | 連 合 会 使 用 欄 | | | | | | | | |
| (請求先) 事業所 名称 | | | | | TEL | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FAX | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | 振込先 | | | | | 銀 行 信託銀行 信用金庫 農 協 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | 支店名 | | | | | 本 店 支 | | | | | | | |
| | | | | | 口座 番号 | | 1 : 普 通 2 : 当 座 9 : その他 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | ※フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 | | | | | (口座名義人) 受領者 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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(みなし事業所の場合) | | | | | | | | | |
| 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 方法 | 7. 伝送(インターネット) 2. 磁気(MO) 4. 光ディスク(CD-R) 5. 帳票 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 返却 形式 | 1. CSV形式 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eメール | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※フリガナ(口座名義人)について、介護給付費を受領する受領者を、銀行への届出どおり(スペースがある場合は一文字空白をあける。)記入してください。
 振込先金融機関口座の名義人・開設者以外の管理者等でもかまいませんが、「開設者」と「受領者」が異なる場合には振込口座確認書が必要となりますのでお問い合わせください。
 ※「介護給付費等の請求及び受領に関する届」は、介護報酬の請求確認及び支払事務に使用いたします。