

介護給付費の請求及び受領に関する届

平成 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
代表者名

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													
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		
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 帳票→磁気(FD・CD-R)												
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) 1. 伝送(ISDN) 接続先電話番号(- -) 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) ④. 磁気(FD・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。濁点等は一文字にカウントしない。)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、「請求者」と「受領者」が異なる場合には受領委任状が必要となります。

※「介護給付費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。