

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

県国民健康保険団体連合会

開設者 住所

理事長 様

氏名

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	01: 社会福祉法人(社協以外) 02: 社会福祉法人(社協) 03: 医療法人 04: 民法法人(社団・財団) 05: 営利法人			06: 非営利法人 07: 農協 08: 生協 09: その他法人 10: 地方公共団体(都道府県)			11: 地方公共団体(市町村) 12: 地方公共団体 (広域連合・一部事務組合) 13: 非法人 99: その他			
フリガナ		郵便番号					連合会 使用欄			
事業所名称		TEL								
フリガナ		FAX								
		振込先								
所在地		支店名								
		口座種類番号	普通 当座 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		開設年月 / 請求開始年月				旧事業所番号			
1	新設		年 月 開設				摘要			
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		請求開始年月は可能であれば記入して下さい							
3	請求方法の変更									
4	振込先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		2 磁気(MO)		3 磁気(MT)		4 磁気(FD)		5 帳票	
Eメール	本欄は記入不要です									
備考	請求事務担当者のお名前を記入して下さい									