

介護給付費等の請求及び受領に関する届

記載要領

平成 年 月 日 提出

奈良県国民健康保険団体連合会

理事長 松井 正剛 様

開設者 住所
法人名
代表者氏名



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	経営主体		
フリガナ	郵便番号	-	
(請求先)事業所名称	TEL	- -	
フリガナ	FAX	- -	
所在地	振込先	銀行 信託銀行 信用金庫 農協	
	支店名	本店 支店	
	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	旧事業所番号
1	新設	平成 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	7. 伝送(インターネット) 1. 伝送(ISDN) 2. 磁気(MO) 3. 磁気(CD) 4. 磁気(FI) 5. 帳票	接続先電話番号	- -)
備考			

- 提出日**
「受領に関する届」を国保連合会に提出(送付)した日を記入する。
- 印鑑**
今回捺印されます印鑑の「印鑑証明」を必ず添付してください。今後、連合会へご提出いただく書類にはこの印鑑を使用する。
- 開設者**
開設者につきましては添付して頂きます印鑑証明書と同じ内容の住所、法人名、役職名、代表者氏名を記入する。
- 経営主体**
事業所の経営主体を記入する。(未記入でも可)
- 連合会使用欄**
記入不可。連合会にて使用する。
- 振込先**
振込先金融機関名称を記入する。
- 支店名**
振込先金融機関の本支店名称を記入する。
- 口座番号(口座種別)**
振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。
口座番号は右詰めで記入する。
- フリガナ**
振込希望口座の口座名義人の名称をカナで記入する。
- 受領者**
振込希望口座の口座名義人の名称を記入する。
- 旧事業所番号**
事業所番号が変更になった場合のみ必須。旧の事業所番号を記入する。
- 摘要**
記入不可。連合会にて使用する。
- 異動年月日**
届出の内容が有効になる「請求年月」を記入する。
- フリガナ**
請求者の名称を「カナ」で記入する。
- 請求者**
請求者は事業所名を記入す

- 請求媒体**
介護給付費の支給に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。(複数選択不可)
※「1:伝送(ISDN)」を選択した場合は、接続先電話番号(請求時に使用する電話回線番号)も合わせて記入する。
- 届出理由**
届出の理由に該当する番号を○で囲む。(複数回答可)
※「5:その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入する