

国保連→事業所

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

記載要領

奈良県国民健康保険団体連合会
理事長 松井 正剛 様

平成 年 月 日 提出

**【必須】法人名又は法人名
が無い場合事業所名**

開設者 住所

氏名 **代表者氏名及び役職名**

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。

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。

注意！【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。

注意！【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。

● **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。

● **口座番号を右詰めで記入する。**

● **フリガナ**
介護給付費を受領する受領者(口座名義人)の名称をカナで記

● **受領者**
介護給付費を受領する受領者の名称を記入する。**法人名は必須**

● **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

● **支払先事業所番号**
サービス費等の支払先が違う場合のみ、支払先事業所番号を記

● **適要**
記入不可。連合会にて使用する。

● **異動年月**
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

● **請求者**
請求者の名称を記入する。

事業所番号		郵便番号		連合会使用欄
法人種別		電話番号	-- --	
(請求先)事業所名称		FAX番号	-- --	
フリガナ		振込先		
所在地		支店名		
		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	年	月	請求分より
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	※摘要		
3	振込銀行及び口座番号の変更			支払先事業所番号
4	その他()			
Eメール		2016年4月18日より電子請求受付システムにて事業所による直接登録になりました。		
決定通知等の送付データの形式		PDF CSV		
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。				
住所		注意！) この欄は旧事業所番号分の支払等を新事業所番号の口座にて調整する場合のみ記載する欄です。基本記入は不		
備考				

● **【注意】支払合算額の同**
市町村合併等で事業所番号が変更になったときに使用。
(旧事業所番号分の支払等を新事業所番号の口座にて調整を行います)

● **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)

● **決定通知書の送付データの形式**
支払額決定通知書等の送付データの形式はPDF形式が基本だが、CSV形式を希望する場合はCSVを○で囲む。