

介護給付費の請求及び受領に関する届けの記載方法

印の箇所は連合会にて事前に印字しています。印字内容で訂正箇所があれば、連合会へ連絡ください。

事業所の開設者（代表者）の住所・氏名を記入し、押印して提出します。

国保連→事業所

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

和歌山県国民健康保険団体連合会

理事長 殿 開設者 住所 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。

連合会から郵便物等を送付する際に使用します。

記入不要

介護給付費等を受領する振込先金融機関名等を記入します。

事業所番号				連合会使用欄	
法人種別	経営主体				
ツガナ	郵便番号	TEL			
(請求先)事業所名称	FAX				
ツガナ	振込先	銀行 信託銀行 信用金庫 農協			
所在地	支店名	本店 支店			
	口座番号	普通当座	その他		
ツガナ	ツガナ				
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		※適用	
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	接続先電話番号				
	1. 伝送() 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD) 5. 帳表				
Eメール					
旧事業所番号欄に記載の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					
氏名	印				
備考					

「届」内容を変更する場合、連合会へ連絡ください。

過去に付番された事業所番号がある場合に記入します。

連合会へ介護給付費等を請求する月を記入します。

1.伝送 を選択した場合、使用する回線の電話番号も記載ください。