

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

山口県国民健康保険団体連合会
理事長 池 田 豊 様

開設者 住 所
氏 名 印

介護給付費等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					連 合 会 使 用 欄			
フリガナ		郵便 番号								
(請求先) 事業所 名 称		TEL								
		FAX								
		振込先								
フリガナ										
		支店名								
所在地										
		口座 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(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				※ 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	振込先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) 接続先電話番号									
	1. 伝送(ISDN) (— —) 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票									
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										
氏名 印										
備 考										