

(例) 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 市川 熙 様

山口県△△市◇◇1-2-3
開設者 住所 社会福祉法人 ○○会
氏名 理事長 介護太郎 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 | 3570309999 | | | | | | | | | | | | | |
| 法人種別 | 社会福祉法人(社協以外) | | | | 経営主体 | | | | | | | 連 合 会 使 用 欄 | | |
| フリガナ | アイウエオジギョウシヨ | | | | 郵便番号 | 753-1234 | | | | | | | | |
| (請求先)事業所名称 | あいうえお事業所 | | | | TEL | 083-123-4567 | | | | | | | | |
| | | | | | FAX | 083-234-5678 | | | | | | | | |
| フリガナ | ヤマグチシシカクシカク4-5-6 | | | | 振込先 | 2 | 3 | 4 | 5 | ←金融機関コード | | | ○○銀行 | |
| | | | | | 支店名 | 6 | 7 | 8 | ←支店コード | | | | | |
| 所在地 | 山口市□□4-5-6 | | | | 口座番号 | 普通 | 当座 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 |
| フリガナ | アイウエオジギョウシヨ シンセイハナコ | | | | | フリガナ | フク)マルマルカイ □ | | | | | | | |
| 請求者 | あいうえお事業所 申請花子 | | | | (口座名義人)受領者 | 社会福祉法人 ○○会 理事長 介護太郎 | | | | | | | | |
| 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 | | | | 26年 11月請求分より (請求媒体変更の場合、請求開始月を記載してください) | | | | ※ 摘要 通帳の表紙(裏側)に銀行が印字登録したカタカナの名称を正確に記入し | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ※振込口座等を変更の場合、注記で「〇年〇月振込分より」と記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | |