

## 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

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										
フリガナ	振込先										
	支店名										
所在地	口座番号			普通	当座						
	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											