

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

※提出(送付)日を記入してください

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ョ | | | 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 | ヤマグチケン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 | | | |
| 所在地 | 山口県山口市□□4-5-6 | | | 支店名 | 6 | 7 | 8 | ←支店コード | | | | |
| | | | | ○○支店 | | | | | | | | |
| フリガナ | アイウエオジギョウショ ヤマグチハナコ | | | 口座番号 | 普通 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 |
| フリガナ | アイウエオジギョウショ ヤマグチハナコ | | | フリガナ | フク) マルマルカイ | | | | | | | |
| 請求者 | あいうえお事業所 山口花子 | | | (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) | | | | 異動年月 | 旧事業所番号 | | | | | | | |
| 1 | 新設 | | | 請求者の名称を記入してください | | | | 介護給付費等を受領するための振込先の金融機関情報を記入してください | | | | |
| 2 | 請求者及び受領者(口座名義)の変更 | | | 年 月 請求分より | | | | | | | | |
| 3 | 請求方法の変更 | | | 請求媒体変更請求開始月を記載してください | | | | | | | | |
| 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) 2. 磁気(MO) 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 | ※ 振込口座等を変更の場合、「○年○月振込分より」と記載してください。 | | | | | | | | | | | |