

## 「介護給付費の請求及び受領に関する届」記入要領

### ○提出日

「介護給付費の請求及び受領に関する届」を連合会に提出（送付）した日を記載する。

### ○開設者の住所・氏名

事業所の開設者の住所及び氏名（法人名）を記載し、押印する。

印については、法人の場合は「法務局に届出済の法人実印」を押印する。

また、個人で開設している場合は、「代表者個人の実印」を押印する。

### ○事業所番号

- ・ 保険医療機関、保険薬局

「みなし指定」の規定が適用され、介護保険の指定事業者として指定される事業所番号を記載する。

- ・ 医科の保険医療機関（371+保険医療機関コード）
  - ・ 歯科の保険医療機関（373+保険医療機関コード）
  - ・ 保険薬局（374+保険薬局コード）
- } 10桁の事業所番号になる。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町）より指定された事業所番号を記載する。

（香川県内で指定を受けた場合、「37」で始まる10桁の番号

### ○事業所名称及びフリガナ

- ・ 保険医療機関、保険薬局

四国厚生支局へ届出し、受理された保険医療機関又は保険薬局の名称を記載し、読み方をカタカナで記載する。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町）より指定された事業所名称を記載し、読み方をカタカナで記載する。

### ○所在地及びフリガナ

- ・ 保険医療機関、保険薬局

四国厚生支局へ届出し、受理された保険医療機関又は保険薬局の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載する。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町）より指定された事業所の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載する。

○請求者及びフリガナ

請求者（法人の代表者の職氏名）を記載し、読み方をカタカナで記載する。

請求者が開設者と異なる場合は委任状が必要。

○郵便番号・TEL・FAX

事業所所在の郵便番号、事業所の電話番号及びFAX番号を記載する。

○振込先（金融機関）

振込先金融機関コード（4桁）及び金融機関の名称を記載する。

○支店名

振込先金融機関本支店コード（3桁）及び本支店の名称を記載する。

○口座番号

振込先金融機関口座の種別（普通・当座・その他）を○で囲み、口座番号を右詰めで記載する。

○受領者（口座名義人）及びフリガナ

通帳に記載されている口座名義人を省略せずに記載し、預金通帳の写しを添付する。（通帳の表紙とカナ表示の口座名義部分（通帳を開いた状態）のコピー）

※届出理由③・⑤の場合で口座（名義人）に変更がなければ添付は不要です。

※受領者（口座名義人）が開設者と異なる場合は委任状が必要。

○届出理由

該当する番号を○で囲む。「その他」を選んだ場合は、カッコ内に理由を記載する。

○異動年月

新規の届又は変更の届後、初めて連合会へ請求書を提出する年月を記載する。

例) 平成30年4月からサービスを開始し、平成30年5月に初めて請求する場合は「平成30年5月」と記載する。

※届出理由②・④の場合は、口座（名義人）の変更年月も併せて記載してください。

○請求媒体

介護給付費の請求に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。

○旧事業所番号

市町村合併・法人化等で新たな事業所として指定された場合について、旧事業所の番号を記載する。

○法人種別・経営主体・Eメール  
記入不要

**【注意事項】**

1. 提出後において記載内容に変更が生じる場合は、その都度、本会へ届を提出してください。
2. 貴事業所にて、届の控え（コピー）を必ず保管しておいてください。
3. その他、不明な点がございましたら、本会までご連絡ください。

**送付先住所及び担当課**

〒760-0066

高松市福岡町2丁目3番2号（香川県自治会館内）

香川県国民健康保険団体連合会 介護保険課

T E L : 087-822-7453

F A X : 087-822-7455