「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所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。
<u>請求者が開設者と異なる場合は委任状が必要</u>

○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(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
実際に請求を(変更後)初めて行う年月（連合会へ(変更後)初めて請求書を提出する年月）を記載する。
例）平成２４年４月からサービスを開始し、平成２４年５月に初めて請求する場合
　　→「２４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。
（※「１.伝送」を選択した場合は契約しているＩＳＤＮ回線の電話番号も合わせて記載する。）

○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、本会に届出を提出してください。

2、貴事業所にて、届出の控え（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。

送付先住所等

〒７６０－００６６

高松市福岡町二丁目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

ＴＥＬ：０８７－８２２－７４５３

ＦＡＸ：０８７－８２２－７４５５