

事業所→国保連

介護給付費の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日 提出

香川県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者 住所

氏名

印

介護給付費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						
事業所 名称					TEL						
					FAX						
フリガナ					金融機関名	金融機関コード					
所在地					本支店名	店番コード					
					口座 番号	1. 普通 2. 当座 3. 別段					
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				平成 年 月 請求分より (国保連合会への請求月をご記入ください。なお、振込は翌月 からになります。)			* 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) 1. 伝送 (ISDN回線) (接続先電話番号(事業所側)) 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票										
Eメール											
備考											