

事業所一国保連

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				連合会使用欄				
法人種別		経営主体						
フリガナ								
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						
フリガナ	口座番号	1. 普通						
		2. 当座						
請求者	(口座名義) 受領者	3. 別段						
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								