

介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所 岡山県岡山市北区桑田町〇〇-〇

氏名 社会福祉法人 〇〇会
理事長 国保 桃太郎

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	3	3	7	0	1	2	3	4	5	6			
法人種別	経営主体		連合会使用欄										
フリガナ	マルサンカクシカクサービス		郵便番号	700-8568									
(請求先)事業所名称	〇△□サービス		TEL	022-222-0000									
フリガナ	オカヤマキタククワタチョウ〇〇-〇		FAX	022-222-0001									
所在地	岡山市北区桑田町〇〇-〇		振込先	0	1	2	3	国保			銀行 信託銀行 信用金庫 農協		
フリガナ	ヨコホ モモタロウ		支店名	4	5	6	岡山支店						
請求者	国保 桃太郎		口座番号	①普通	2:当座	9:その他	0	1	2	3	4	5	6
請求者	国保 桃太郎		フリガナ	カ)〇〇カイ リジチヨウ ヨコホ モモタロウ									
請求者	国保 桃太郎		(口座名義人)受領者	社会福祉法人〇〇会 理事長 国保 桃太郎									
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	年 月 請求分より		口座名義人は、預金通帳記載の名義人を記載してください。										
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 振込銀行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)		届出が有効となる請求提出月を記載してください。(サービス月ではありません)										
	2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票		帳票を選択した場合、「免除届」が必要となります。(新規の事業所は選択不可)										
備考	振込先変更の場合		口座名義人など振込について変更した場合、記載してください。										
	[]		月末振込み分より変更										