

FAX送信 1枚

千葉県国保連合会
介護保険課 行
FAX 043-254-0048

平成 年 月 日

事業所番号	1 2
事業所名称	担当者名 <input type="text"/>
TEL	

届出ている内容に変更が生じた場合に提出してください。

請求媒体変更届 (伝送またはインターネットへの変更)

下記のとおり、請求媒体の登録変更をお願いします。

請求媒体登録の変更

現在の届出 該当番号に○をしてください。	月サービス分	月請求時より
1. 伝送 現在登録回線 (- -) 4. FD・CD 5. 紙媒体 7. インターネット	1. 伝送 [- -] 7. インターネット	※代理人請求による場合、下記の該当に○をつけてください。(電子証明書発行手数料参照) 介護事業所のみ ■ 障害者自立支援 事業所併設あり

電子証明書(有効期間3年)手数料	
介護保険証明書	13,200円
介護・障害共通証明書	13,900円

変更理由	
------	--

注意) 毎月、審査終了後(29~30日)に新規回線登録と番号変更処理を行っております。下記事項を考慮し、番号変更を行って下さい。

- 1日~: 前月審査の返戻関係帳票返却予定
請求データ送信可能
15日~: 支払関係帳票返却予定

◎ 連合会から送付する「電子請求に伴う情報のお知らせ」及び「介護保険事業所の電子請求登録結果に関するお知らせ」については大切に保管してください。

連合会処理

システム	登録	発送	代理承認	発行依頼
/	/	/	/	/