

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

千葉県国民健康保険団体連合会

理事長 岩田利雄

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		郵便 番号		
(請求先) 事業所 名称		TEL		
フリガナ		FAX		
		振込先		
所在地		支店名		
		口座 番号		
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
<input type="checkbox"/> 1	新設		請求分より	
<input type="checkbox"/> 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更			支払先事業所番号
<input type="checkbox"/> 3	請求方法の変更			※ 摘要
<input type="checkbox"/> 4	振込先及び口座番号の変更			
<input type="checkbox"/> 5	その他()			
請求 媒体	<input type="checkbox"/> 7. 伝送(インターネット) 接続先電話番号 <input type="checkbox"/> 1. 伝送(ISDN) () <input type="checkbox"/> 2. 磁気(MO) <input type="checkbox"/> 3. 磁気(MT) <input type="checkbox"/> 4. 磁気(FD・CD) <input type="checkbox"/> 5. 磁気(CD) <input type="checkbox"/> 6. 帳票			
Eメール				
備 考	※ 受領者・振込先変更の場合、以下記載ください。 年 月 審査 月 振込から希望			