

介護給付費等の請求及び受領に関する届

① 年 月 日 提出

千葉県国民健康保険団体連合会
理 事 長

② 開設者

住所

氏名

③ 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			
法人 種別	経営 主体		
フリガナ	郵便 番号	連 合 会 使 用 欄	
(請求先) 事業所 名称	TEL		
	FAX		
フリガナ	振込先	④ 〇 〇 銀行	
所在地	支店名	⑤ △ △ 支店	
	口座 番号	(普通) 〇〇〇〇〇〇〇 ⑥	
フリガナ ⑧	フリガナ ⑧		
請求者	(口座名義人) 受領者	⑦	
⑨ 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	請求分より	支払先事業所番号	
☐ 2 請求者及び受領者(口座名義)の変更			
☐ 3 請求方法の変更	※ 摘要		
☐ 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) ☐ 4. 磁気 (FD・CD)		
Eメール			
備 考	⑩ ※ 受領者・振込先変更の場合、以下記載ください。 令和 年 月 審査 月 振込から希望		

変更届記載例

★月末までに提出してください。翌月からの変更になります。

★太枠内(事業所番号、事業所名称)と開設者欄は必ず記入してください。その他、変更がある箇所のみ記入し、変更がなければ斜線を引いてください。

①「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出(送付)した日

②千葉県及び市町村に申請した事業所開設者住所及び氏名

例1 株式会社〇〇代表取締役△△

例2 社会福祉法人〇〇会 理事長△△

③法人の開設者印を押印

開設者名・法人名・代表者名・振込口座・名義が変更の場合は添付書類の印鑑証明書と同じ印を押してください。

④振込先金融機関名称

⑤振込先金融機関の通帳に表示されている3桁の支店番号と支店名称

⑥預金種目(普通・当座)と7桁の口座番号

⑦受領者(通帳の名義)を記入

例1 株式会社〇〇 代表取締役△△

例2 社会福祉法人〇〇会 理事長△△

(受領者が開設者と異なる場合は委任状の提出が必要です(官公庁以外))※1

⑧請求者・受領者(口座名義人)をカナで記入

※受領者のカナは通帳のカナを記入してください。(通帳表紙裏面にあります)

⑨届出理由の番号をチェック☑をつけてください。

⑩受領者・振込先変更の場合、備考欄を記入してください。

〒263-8566 千葉市稲毛区天台6-4-3
千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課
TEL 043-254-7409 Fax 043-254-0048

(変更用)