

国保連合会→事業所

介護給付費等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

開設者 住所

理 事 長

氏 名

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		
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
☐ 1	新設		旧事業所番号
☐ 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		請求分より 支払先事業所番号
☐ 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 ☐ 4. 磁気(FD・CD)		
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。 令和 年 月 審査 月 振込から希望		