

# 介護給付費等の請求及び受領に関する届

(インターネット請求への変更のみ使用可能)

広島県国民健康保険団体連合会

年 月 日 提出

理事長

開設者 住所

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											※ 事業所番号ごとに各1枚提出してください。 ※ 黒色部分は記入不要です。			
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			
所在地											振込先			
											支店名			
											口座 番号	普通 当座 その他		
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					
1	新設					年 月請求分より 伝送する予定の月を記入 (実際と異なっても良い)			※適要					
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)      2. 磁気 (MO)      4. 磁気 (FD・CD)													
備 考														