

# 介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和 年 月 日 提出

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所

氏名



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	3 3												
法人種別	経営主体											連 合 会 使 用 欄	
フリガナ					郵便番号								
					TEL								
(請求先)事業所名称					FAX								
フリガナ					振込先				銀 行 信 託 銀 行 信 用 金 庫 農 協				
					支店名								
所在地					口座番号	1:普通 2:当座 9: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 提出分より							
2		請求者及び受領者(口座名義)の変更							支払先事業所番号				
3		請求方法の変更											
4		振込銀行及び口座番号の変更							データ請求免除届出の有無				
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)      5. 帳票												
備 考													
振込先変更の場合 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="checkbox"/> 月末振込み分より変更													