

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

年 月 日提出

佐賀県国民健康保険団体連合会

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											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									
			FAX									
フリガナ			振込先									
所在地			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							
<input type="checkbox"/> 1	新設		年 月 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 checked="" 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	7. インターネット請求											
Eメール												
<p>◆ インターネット請求の方法 ※いずれか該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>1 代理人請求(請求事務を「代理人」に委任してインターネット請求をする場合)</p> <p>2 事業所請求(事業所から直接インターネット請求をする場合)</p>												
<p>備考</p> <p>◆ インターネット請求を行う介護給付費請求ソフトの名称()</p>												

記入要領

インターネット請求へ変更する場合にのみ使用可能な届です。網掛け部分の変更はできません。網掛け部分には記載しないでください。

国保連→事業所											
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											
年 月 日提出											
佐賀県国民健康保険団体連合会											
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											
法人種別		経営主体						連合会使用欄			
フリガナ				郵便番号							
(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		普通 当座 その他					
フリガナ				フリガナ							
請求者				(口座名義)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				年 月 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 checked="" 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		⑦ インターネット請求									
Eメール											
◆ インターネット請求の方法 ※いずれか該当する番号を○で囲んでください。											
1 代理人請求(請求事務を「代理人」に委任してインターネット請求をする場合)											
2 事業所請求(事業所から直接インターネット請求をする場合)											
備考											
◆ インターネット請求を行う介護給付費請求ソフトの名称()											

● **提出日**
「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を連合会に提出(送付)する日を記入。

● **開設者住所**
事業所開設者の所在地を記入。

● **開設者氏名**
事業所の開設者名称及び代表者氏名を記入のうえ、押印。

● **異動年月**
インターネット請求を始める月を記入。

● **Eメール**
記入は任意。

● **インターネット請求の方法**
「1代理人請求」、「2事業所請求」該当する番号を○で囲む。

● **介護給付費請求ソフトの名称**
インターネット請求を行うために利用するソフトの名称を記入。

<送付先> 〒840-0824

佐賀市呉服元町7-28 佐賀県国保会館

佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険係 TEL:0952-26-4302