

国保連→事業所

介護給付費等の請求及び受領に関する届

※電子媒体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		支払先事業所番号					
<input type="checkbox"/> 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更									
<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	4. 磁気(FD・CD)									
Eメール										
備 考										

記入要領

電子媒体請求に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

※電子媒体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

● 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。

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		支払先事業所番号			
<input type="checkbox"/> 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更							
<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	④ 磁気(FD・CD)							
Eメール								
備考								

● 異動年月

磁気媒体請求を始める月を記入。

<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