

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	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。

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		印		
			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									
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	<input checked="" type="radio"/> 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