

# 記入要領

国保連→事業所

## 介護給付費等の請求及び受領に関する届

提出年月日 → R1年 5月 25日 提出

高知県国民健康保険団体連合会  
理事長 楠瀬 耕作

開設者 住所 高知市丸ノ内〇-△-1〇号  
氏名 株式会社〇△□  
代表取締役 介護 太郎

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。

開設者の印鑑を押印

事業所番号	3900000000		
法人種別	営利法人	経営主体	
フリガナ	デイサービス△△	郵便番号	780-80××
(請求先)事業所名称	デイサービス△△	TEL	088-888-××××
		FAX	088-888-××××
フリガナ	コウチケンコウチマルノウチ	振込先	1234
所在地	高知県高知市丸ノ内×××	支店名	123
フリガナ	加マルサカツカ	口座番号	1.普通 2.当座 3.その他 1234567
請求者	株式会社〇△□	請求開始する月を記入	加マルサカツカ
		受領者	株式会社〇△□
	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	R1年 5月請求分より	3900000000×
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	※摘要	支払先事業所番号
3	請求方法	請求媒体：新規で請求される場合、伝送・磁気媒体のみとなります。同封の「事業所向け介護給付費等請求の留意点」を確認してください。 ※主治医意見書料の請求のみの医療機関等におかれましてはこの限りではありません。その旨を備考欄に記入して下さい。	3900000000
4	振込先及		夕請求免除届出の有無
5	その他(		
請求媒体	1.伝送		
	2.磁気(MO) 4.磁気(FD・CD) 5.帳票		
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払を、当該事業所番号の支払と合算することに同意します。			
開設者	住所 高知市丸ノ内〇-△-1〇号 氏名 株式会社〇△□ 代表取締役 介護 太郎	印	
備考	必要に応じて記入 ※旧事業所の過誤・月遅れ分等の支払を今回届出する事業所と合算(相殺)したい場合にのみ記入してください。		

振込先金融機関番号(4桁)、支店番号(3桁)及び預金種別を記入

〇×銀行

〇×支店

開設者と同じ名前を記入

加マルサカツカ

請求開始する月を記入

加マルサカツカ

請求媒体：新規で請求される場合、伝送・磁気媒体のみとなります。同封の「事業所向け介護給付費等請求の留意点」を確認してください。  
※主治医意見書料の請求のみの医療機関等におかれましてはこの限りではありません。その旨を備考欄に記入して下さい。

開設者

備考