

# 介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 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

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 (事業所 名称)	郵便 番号			
(請求先) 事業所 名称	電話番号			
	FAX番号			
フリガナ (所在地)	振込先			
所在地	支店名			
	口座 番号	1.普通 2.当座 3.その他		
フリガナ (請求者)	フリガナ (受領者)			
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 請求分より		
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	請求方法の変更			
4	振込先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	1.伝送                      2.磁気 ( F D ・ C D )                      3.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。				
住所 氏名		印		
備 考				