

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

千葉県国民健康保険団体連合会

理事長 岩田利雄

開設者 住所

氏名

印

介護給付費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			
フリガナ	FAX			
フリガナ	振込先			
所在地	支店名			
フリガナ	口座 番号			
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	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 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 type="checkbox"/> 7. 伝送(インターネット) 接続先電話番号 <input type="checkbox"/> 1. 伝送(ISDN) () <input type="checkbox"/> 2. 磁気(MO) <input type="checkbox"/> 3. 磁気(MT) <input type="checkbox"/> 4. 磁気(FD・CD) <input type="checkbox"/> 5. 磁気(CD) <input type="checkbox"/> 6. 帳票			
Eメール				
備 考	※ 受領者・振込先変更の場合、以下記載ください。 平成 年 月 審査 月 振込から希望			