

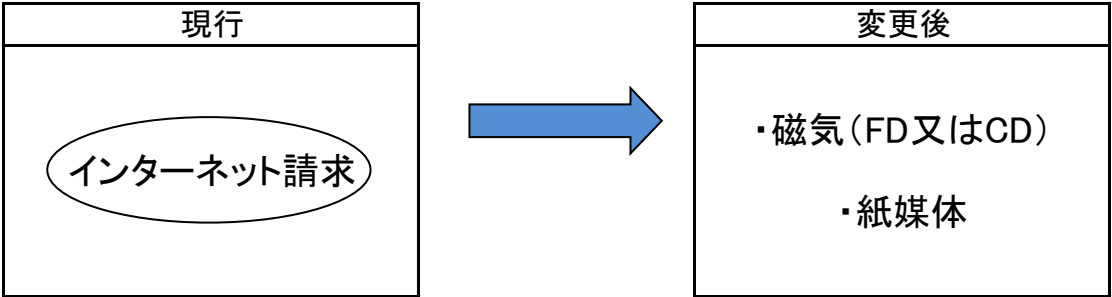
請求媒体変更届

伝送(インターネット)請求の解除

年 月 日

事業所番号	1 2
事業所名称	担当者名
TEL	

上記事業所の介護給付費等の請求について、請求方法を以下の通り変更いたします。



変更後の請求方法に○をしてください。

変更理由	
------	--

【提出先（FAX）】
千葉県国保連合会
介護保険課 行
FAX：043-254-0048

連合会処理			
システム	登録	発送	その他
／	／	／	／