

介護給付費等の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日 提出

鳥取県国民健康保険団体連合会

理事長 石田 耕太郎 様 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							
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	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)		振込開始年月		旧事業所番号					
1	新設		平成 年 月 審査分より		※摘要					
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更									
3	請求方法の変更									
4	振込先及び口座番号の変更									
5	その他 ()				例：平成26年4月審査分 →平成26年5月末日支払い分					
請求 媒体	7. 伝送 (インターネット)		接続先電話番号							
	1. 伝送 (ISDN) (- -)									
	2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票									
	変更審査年月 (年 月 審査分より) ※請求媒体変更希望の場合のみ記入してください									
Eメール										
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										

(ダウンロード用)