

# 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

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

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	3 3													
法人 種別	経営主体										連 合 会 使 用 欄			
フリガナ														
(請求先) 事業所 名称													郵便番号	
													TEL	
											FAX			
フリガナ											振込先		銀 行 信託銀行 信用金庫 農 協	
											支店名			
所在地											口座番号	1:普 通 2:当 座 9: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)										異動年月		旧事業所番号	
1	新設										年 月 提出分より			
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更												支払先事業所番号	
3	請求方法の変更													
4	振込銀行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	7. 伝送(インターネット)  2. 磁気(MO)      4. 磁気(FD・CD)      5. 帳票													
備 考														
振込先変更の場合 <input type="checkbox"/> 月末振込み分より変更														