

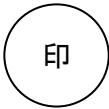
介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和 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



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																															郵便番号																																		
																																												TEL																					
(請求先) 事業所 名称																																																									FAX								
フリガナ														振込先											銀 行 信 託 銀 行 信 用 金 庫 農 協																																								
所在地																											支店名																																						
フリガナ																											口座番号	1: 普 通 2: 当 座 9: その他																																					
請求者																											フリガナ																																						
																											(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																																																																	