

介護給付費等の請求及び受領に関する届

【電子媒体（CD）請求に変更する場合にのみ使用】

年 月 日 提出

愛知県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者 住所

氏名

印

法人の場合は、名称並び
に代表者の職及び氏名

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	2	3								
法人 種別								経営 主体		
フリガナ								郵便 番号		連 合 会 使 用 欄
(請求先) 事業所 名称								TEL		
								FAX		
フリガナ								振込先		
所在地								支店名		
								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 checked="" 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	■ 4. 電子媒体（CD）									
	接続先電話番号									
	<input type="checkbox"/> 1. 伝送（ ）									
<input type="checkbox"/> 2. 磁気（MO） <input type="checkbox"/> 3. 磁気（MT） <input type="checkbox"/> 5. 帳票 <input type="checkbox"/> 7. 伝送（インターネット）										
備 考										

～注意事項～

- ◆この届は請求方法を「電子媒体（CD）」へ変更する場合のみ使用できます。
- ◆この届は振込先情報の変更、その他請求方法の変更等には使用できません。
- ◆事業所番号ごとに提出が必要になります。
- ◆記載例を参考に記入してください。
- ◆FAXによる受付はできません。必ず郵送してください。