

「介護給付費の請求及び受領に関する届」の記載方法等について

項番	項目	記載内容
①	提出年月日	提出年月日
②	開設者住所 ・氏名	開設者の住所及び氏名（開設者が法人の場合は法人名と代表者名）を記載し、開設者印を押印
③	事業所番号	指定事業所番号（10桁）
④	法人種別	開設者の法人種別
⑤	事業所名称	サービス事業所の名称
⑥	所在地	上記事業所の所在地
⑦	請求者	請求者の氏名 *②の開設者氏名と同じ場合は、記載を省略できます
⑧	郵便番号	上記事業所所在地の郵便番号
⑨	電話番号	上記事業所の電話番号
⑩	FAX番号	上記事業所のFAX番号
⑪	振込先金融 機関コード	振込先金融機関コード（4桁） *不明の場合は空欄で構いません
⑫	振込先金融 機関名称	振込先金融機関の名称
⑬	支店コード	振込先金融機関支店コード（3桁）
⑭	支店名称	振込先金融機関の本店・支店名称
⑮	口座種別	該当する口座種目番号に○印
⑯	口座番号	振込先金融機関の口座番号
⑰	受領者 カタカナ	通帳等に記載されている口座名義（カナで30文字まで）
	漢字	通帳等に記載されている口座名義（漢字） *受領者と開設者が異なる場合、別紙委任状が必要です（法人種別が地方公共団体の場合を除く）
⑱	届出理由	この届を初めて提出する場合は1を、届出内容に変更がある場合は2～5より選択
⑲	異動年月	請求の開始及び届出内容の変更が発生する年月
⑳	旧事業所番号	事業所番号に変更が生じ、旧事業所の支払額との合算が必要な場合は、旧事業所番号を記載
㉑	請求媒体	請求方法について、該当番号に○印
㉒	同意欄	旧事業所番号の支払額を合算する場合は、 ②の開設者住所及び氏名を記載し、開設者印を押印

*届出内容に変更がある場合は、再度この届を提出してください。

*新規開設時及び振込口座に変更が生じた場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページの写し（⑰カナの口座名義が確認できる部分）を添付してください。

問い合わせ先

〒371-0846 前橋市元総社町335番地の8
群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険係
TEL 027 - 290 - 1319 FAX 027 - 255 - 5077

「請求媒体」について

「介護給付費の請求及び受領に関する届」の中に、「請求媒体」の項目があります。これは、介護給付費の請求を行うための手段のことで、以下の方法があります。

1 請求は電子請求で

前提として、事業所は、介護給付費の請求を電子請求で行うこととされています。電子請求とは、パソコンで請求データを作成し、国保連合会に提出することをいいます。請求データの作成及び伝送を行うための専用ソフトが必要です。

(1) 伝送（インターネット回線）による提出（「7. 伝送（インターネット）」を選択）

インターネット回線を使用して請求データを送信する方法です。請求を開始する際は、電子証明書の発行手続き及び発行手数料が必要となります（請求を代理人に委任する場合は、代理人登録が必要となります）。

(2) 磁気媒体等による提出（「2. MO」「4. CD」のいずれかを選択）

選択した媒体に請求データを保存して提出する方法です。