

# 介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者住所

氏名

印

介護給付費の請求及びに受領に関し、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		郵便番号	—
法人種別		電話番号	— —
事業所	フリガナ	FAX番号	— —
	名称	振込先 金融機関コード 及び名称	銀行 信託銀行 信用金庫 農協
	フリガナ	支店コード 及び名称	本店 支
	所在地	口座種別 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	カタカナ
	氏名		漢字

	届出理由(該当番号に○をつけて下さい)	異動年月	旧事業所番号
1	新設	年 月 提出より	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月末 支払より	* 摘要
3	請求方法の変更	年 月 提出より	
4	振込銀行及び口座番号の変更	年 月末 支払より	
5	その他 ( )	年 月 提出より	

請求媒体	7. 伝送(インターネット) 2. 光ディスク(MO)      4. 光ディスク(CD)      5. 帳票
------	---

同意欄 (旧事業所番号と支払を合算する場合に記入してください)	旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払を、当該新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	
----	--

* 連合会 使用欄	検印欄	受付印

\* 摘要欄、および連合会使用欄には何も記入しないでください。

\* 届出理由が1、2、4の場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページ(口座名義人がカナで記載されている部分)の写しを添付してください。