国保連→事業所

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

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長　殿

開設者　住所

氏名　　印

介護給付費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					
法人種別		経営主体		連合会使用欄	
フリガナ		郵便番号			
(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	普通 当座 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　　月請求分より	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		※摘要
3	請求方法の変更		
4	振込先及び口座番号の変更		
5	その他　(　　)		

請求媒体	７．伝送（インターネット） ４．磁気(CD-R)　　５．帳票
Ｅメール	

旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。

住所

氏名　　印

備　考

※届出理由が１，２または４の場合、通帳のコピー(表紙、カタカナで名義人が記載のあるページ両方)を添付願います。

5213