

介護給付費等の請求及び受領に関する届

(インターネット請求への変更のみ使用可能)

年 月 日 提出

広島県国民健康保険団体連合会

理事長

開設者 住所

氏名

印

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		※ 事業所番号ごとに作成してください。 ※ 黒色部分は記入不要です。	
法人 種別		経営 主体	
フリガナ		郵便 番号	
(請求先) 事業所 名称		T E L	
フリガナ		F A X	
所在地		振込先	
		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 ※サービスの提供月ではなく、 連合会への請求月をご記入 ください。	※摘要
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 伝送(インターネット) <input type="checkbox"/> 磁気(CD)		
備 考			

※ 振込口座情報の変更の場合は、通帳の写し(表紙の裏面)を添付してください。

DJXL04(5213)