

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 佐藤 昭 様

申請者 住所 **宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇**  
(代理人)

法人名 **〇〇福祉会**  
代表者 **理事長 〇〇 〇〇**



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

印鑑証明書の印を押印してください。

法人名	(カナ) 〇〇フクシカイ	<div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; color: red; margin: 10px auto; width: 80%;">                     代理人情報に担当事業所の情報を入力することが可能です。                      ※電子請求受付システム【代理申請】に関するFAQ No.4 参照                 </div>
	〇〇福祉会	
役職・部署名	(カナ) シセツチョウ	
	施設長	
氏名 または代表者名	(カナ) 〇〇〇〇〇〇〇	
	〇〇〇〇	
郵便番号	〒 000-0000	
住所	(カナ) ミヤギケン〇〇〇〇〇〇〇〇	
	宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇	
電話番号	022-000-0000	
FAX番号	022-000-0000	
メールアドレス	xxxxxxxx@xxxxxxxx.com	
ユーザ ID		
	(他の国保連合会で代理人用ユーザ ID を申請している場合)	

<国保連合会記入欄>

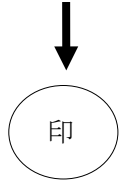
受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザ ID	

## 電子請求受付システム 代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 佐藤 昭 様

申請者 住所 宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇  
(代理人)  
  
法人名 〇〇福祉会  
代表者 理事長 〇〇 〇〇

印鑑証明書の印を押印  
してください。



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

( 1 / x )

代理人	ユーザID ※1	
	法人名	(カナ) 〇〇フクシカイ
		〇〇福祉会
	役職・部署名	(カナ) シセツチョウ
		施設長
	氏名 または代表者名	(カナ) 〇〇〇〇〇〇〇〇
		〇〇〇〇
郵便番号	〒 000-0000	
住所	(カナ) ミヤギケン〇〇〇〇〇〇〇〇	
	宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇	
電話番号	022-000-0000	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇〇デイサービス宮城
	事業所番号	0400000000
	ユーザID	KJ040400000000
	委任開始年月	平成 27 年 00 月
	委任終了年月	平成 年 月
	委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
代理人区分	同一事業者 ←	

代理人情報に担当事業所の情報を入力することが可能です。  
※電子請求受付システム【代理申請】に関するFAQNo.4参照

**注意！！**  
同一事業所で申請の場合【請求及び受領に関する届】の「開設者氏名（印鑑登録印）」と【本申請書】の「申請者名（印）」が同一でないと承認となりませんのでご注意ください。  
※電子請求受付システム【代理申請】に関するFAQNo.6、7参照

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
設定日	平成 年 月 日		

# 委任状

【請求及び受領に関する届】の開設者と印鑑登録印を記入押印してください。  
※電子請求受付システム【代理申請】に関するFAQNo.8、9参照

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 佐藤 昭 様

事業者 住所 宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇

法人名 〇〇福祉会  
代表者 理事長 〇〇 〇〇



当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名	デイサービスセンター〇〇〇〇〇
	事業所番号	0400000000
	委任期間	平成 27 年 xx 月 ~

代理人登録申請書(新規)に添付した印鑑証明書の印を押印してください。

委任先 (代理人)	法人名	株式会社〇〇〇〇〇	印
	役職・部署名	代表取締役	
	氏名 または 代表者名	〇〇〇〇〇	

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住所

法人名  
代表者

印



# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

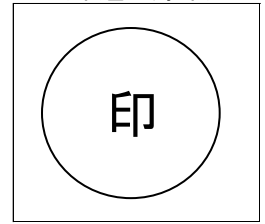
20 XX 年 X 月 X 日 提出

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

〒 999-9999

開設者 住所 宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇  
 〇〇福祉会  
 氏名 理事長 〇〇 〇〇

(印鑑登録印)



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	0 4																			
法人等種別	・社会福祉法人 ・医療法人 ・非営利法人(NPO) ・その他法人 ・その他(																			
フリガナ																				
(請求先)事業所名称	郵便番号	-										使用欄								
	電話番号																			
	FAX番号																			
フリガナ	振込先											銀行 信託銀行 信用金庫 農協								
所在地	支店名												本店 支							
フリガナ																				
請求者	口座番号	1:普通 2:当座 9:その他																		
届出の問合せ先電話番号及び担当者名		フリガナ																		
電話番号:		(口座名義人)																		
担当者名:		受領者																		
届出理由(該当番号に○をつけ適用年月をご記入ください)												※摘要								
1	新設	20 年 月請求分より																		
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	( 20 年 月支払[入金]分より)																		
3	振込銀行及び口座番号の変更	※支払月は請求月の翌月となります																		
4	その他( )																			
「電子請求登録結果に関するお知らせ」の郵送先に○をつけてください。 ※届出理由が【1新設】の場合のみ												〒 住所:								
・開設者住所に郵送 ・事業所住所に郵送 ・右記住所に郵送												宛先:								
備考																				

代理人区分を「同一事業所」で申請する場合は、受領に関する届の「開設者・印鑑登録印」と代理人申請の「申請者・印鑑証明印」が同一である必要があります。  
 ※電子請求受付システム【代理申請】に関するFAQNo 6, 7, 8参照

※「金融機関名」「口座番号」「口座名義」が明記された口座通帳のコピーを必ず提出してください。