

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

(印鑑登録印)



開設者 住所

氏名

介護給付費等の請求及び受領に関し、下記のとおり届出いたします。

事業所番号	0	4												
法人種別							経営主体					連合会使用欄	銀行 信託 信用 金 農 行 庫 協	
フリガナ							郵便番号							
							TEL							
事業所名称							FAX							
フリガナ							振込先							
							支店名				本店支			
所在地							口座番号	1:普通						
								2:当座						
								9: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(該当部分をご記入ください)					旧事業所番号		
1	新設					年 月 請求開始								
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更					年 月 支払(入金)分より								
3	請求方法の変更					年 月 請求(提出)分より								
4	振込銀行及び口座番号の変更					年 月 支払(入金)分より								
5	接続先電話番号変更					年 月 日より								
6	その他()					年 月より								
請求方法	7. インターネット													
	1. 伝送(ISDN) (接続先電話番号 - -)													
	2. 磁気(MO)			3. 磁気(MT)			4. 磁気(FD・CD)			5. 帳票				
Eメール														
備考														