

介護給付費等の振込先の変更について

介護給付費等の振り込み先を変更される場合は、振り込み月の15日までに「介護給付費の請求及び受領に関する届」を提出してください。
 また、正確な支払処理のため、別紙に通帳のコピー（口座名義人のフリガナが明記してある頁）を添付し、併せて提出くださるようお願いいたします。

なお、15日までに提出がない場合は、振り込みが出来なくなることがありますのでご注意ください。

（記入例） 介護給付費の請求及び受領に関する届

（印鑑登録印）

開設者 住所 宮城県仙台市青葉区〇〇1丁目1番
 氏名 仙台 コノエ



事業所番号	0 4 7 0 1 1 0 0 1 6								
法人種別		経営主体	変更箇所（ □ 表示部分）のみの記載で結構です。（口座情報、届出理由、事業所番号、事業所名、印鑑登録印の押印）						
フリガナ	ミヤギフクンサービスキョウカイ			郵便					
(請求先)事業所名称	宮城福祉サービス協会			FAX					
フリガナ	□口座名義人のフリガナは、銀行届出の預金通帳記載の名義人を省略せずに記載願います。正確な支払処理のため、別紙に通帳のコピーを添付してください。			振込先	0 1 2 3	宮城			
フリガナ				支店名	4 5 6	仙台			
フリガナ				口座番号	1:普通 2:当座 9:その他	0 1 2 3 4 5 6	銀行 信託銀行 信田全協		
フリガナ	フリガナ	センダイ コノエ							
請求者				受領者	仙台 コノエ				
	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			25年2月請求分より	※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	振込銀行及び口座番号の変更								
5	その他()								

振り込み希望月の15日までに提出してください。
 ※2月27日振り込み分から変更したい場合は2月15日までに提出。

宮城県国民健康保険団体連合会
 介護保険課審査係
 TEL 022-222-7079