

介護給付費等の請求及び受領に関する届

岩手県国民健康保険団体連合会

理事長 様

届出理由にかかわらず
必ず記入・押印願います。

平成 26 年 9 月 1 日 提出

開設者 住所 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号

氏名 国保 太一

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。

●届出理由（該当する番号に必ず○を記入して下さい）

1 新規開設	4 振込先、口座番号及び受領者（口座名義）の変更
2 請求者の変更	5 接続先電話番号の変更
③ 請求方法の変更	6 その他（ ）

事業所番号	① 0378901234	※以下の太枠（①～⑫）は必ずご記入願います ※⑬～⑰は上記の届出理由1、4の場合、必ずご記入願います ※⑩は上記の届出理由1、3、5の場合、必ずご記入願います ※②、⑮、⑱の“□”は該当するものを“■”として下さい	
法人種別	② <input type="checkbox"/> 01:社会福祉法人(社協以外) <input checked="" type="checkbox"/> 06:非営利法人 <input type="checkbox"/> 11:地方公共団体(市町村) <input type="checkbox"/> 02:社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> 12:地方公共団体 <input type="checkbox"/> 03:医療法人 <input type="checkbox"/> 13:広域連合・一部事務組合 <input type="checkbox"/> 04:民法法人(社協) <input type="checkbox"/> 14:非法人 <input type="checkbox"/> 05:営利法人 <input type="checkbox"/> 10:地方公共団体(都道府県) <input type="checkbox"/> 99:その他	※いずれかにチェックを入れて下さい。	
フリガナ	③ コクホレンカイゴセンター	郵便番号	⑩ 020 - 0025
事業所名称	④ 国保連介護センター	E L	⑪ 019 - 623 - 4325
フリガナ	⑤ イワテケンモリオカシオオサカワラ 3チョウメ7バン30ゴウ	F A X	⑫ 019 - 653 - 2216
所在地	⑥ 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号	振込先	⑬
フリガナ	⑦ コクホタイチ	支店名	⑭
請求者	⑧ 国保 太一	口座種類番号	⑮ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
⑨ 開始・支払・請求等年月（※該当する部分をご記入願います）		フリガナ	⑯
届出理由 1	年 月 開設（ 年 月 より請求(提出)開始）	(口座名義人)受領者	⑰
届出理由 2	年 月 請求(提出)分より変更	⑱ 開始・支払・請求等年月（※該当する部分をご記入願います）	
届出理由 3	平成26年 11月 請求(提出)分より変更	連合会で請求方法の変更登録が完了次第、原則として審査結果等(毎月初旬)も変更後の媒体で送信します。	
届出理由 4	年 月 支払(入金)分より変更(変更日 年 月 日)	「インターネット」にチェックをしてください。	
届出理由 5	年 月 より 接続変更 (変更日 年 月 日)	請求媒体	
⑱ 接続電話番号		⑰ 請求媒体	
□ 1 伝送 I S D N (- -)		■ 7 伝送 インターネット	
□ 2 磁気(MO) □ 3 磁気(MT) □ 4 磁気(FD・CD) □ 5 帳票		備考	
事務員 国保太一		届出内容に関して、連合会から電話にて問い合わせることがあります。対応していただく方のお名前を記入下さい。	