

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・押印してください。

令和元年5月7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 振込先及び口座番号の変更
2 請求者及び受領者（口座名義）の変更	5 その他（ ）
3 請求方法（請求媒体）の変更	

事業所番号	① 0371234567		※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 ※⑱は上記の届出理由1、3、5の場合、必ずご記入願います ※②、⑤、⑩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"/> 07:農協 <input type="checkbox"/> 12:地方公共団体 <input type="checkbox"/> 03:医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 08:任意の法人(任意) <input type="checkbox"/> 13:域連合・一部事務組合 <input type="checkbox"/> 04:民法法人(社団・財団) <input type="checkbox"/> 09:その他法人 <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			
フリガナ	③ コクホレンカイゴジギョウシヨ	郵便番号	⑩ 020 - 0025	連合会 使用欄
事業所名称	④ 国保連介護事業所	フリガナ	⑪ 019 - 623 - 4325	
フリガナ	⑤ イワテケンモリオカシオオサワカワラ3 チョウメ7バン30ゴウ	フリガナ	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	
		支店名	⑭	
		口座種類番号	⑮ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ	⑦ コクホタイチ	フリガナ	⑯ コクホタイチ	
請求者	⑧ 国保 太一	(口座名義人)受領者	⑰ 国保 太一	
	⑨ 開始・支払・請求等年月 (※該当する部分をご記入願います)			旧事業所番号
届出理由1	年 月 開設 (令和元年 月 日より請求(提出)開始)			※摘要
届出理由2	令和元年5月末支払(入金)分より変更			
届出理由3	年 月 請求(提出)分より変更			
届出理由4	年 月 末支払(入金)分より変更(変更日:令和 年 月 日)			
届出理由5	年 月 請求(提出)分より変更			
請求媒体	⑱ <input type="checkbox"/> 7 伝送 インターネット <input type="checkbox"/> 4 磁気媒体(FD・CD) <input type="checkbox"/> 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願います。			