

# 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。

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

令和元年5月1日提出

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	<input checked="" type="radio"/> 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	

振込先情報が変更となる  
場合、変更したい月の1  
0日までに必ずご提出く  
ださい。

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) ■ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 03:医療法人 ※ いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 12:地方公共団体 <input type="checkbox"/> 04:民法法人(社団・財団) <input type="checkbox"/> 09:その他法人 (広域連合・一部事務組合) <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"/> 13:非法人 <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	⑪ 019 - 623 - 4325	⑫ 019 - 653 - 2216	
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	振込先	0 X X X ⑬ 国民健康保険銀行	
所在地	⑥ 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号	支店名	0 X X ⑭ 盛岡支店	
フリガナ	⑦ コクホタイチ	フリガナ	⑮ 普通 □ 当座 1 2 3 4 5 6 7 □ その他	
請求者	⑧ 国保 太一	(口座名義 人) 受領者	⑯ 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	年 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	令和元年 5 月 末 支払 (入金) 分より変更 (変更日: 令和元年 5 月 1 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	⑲ 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。		