

介護給付費等支払合算(解除)依頼書

秋田県国民健康保険団体連合会 様

旧事業所における月遅れ請求または返還金が発生した場合、新事業所の支払分に合算または相殺する依頼書です。

旧事業所の「受領に関する届」の内容を記載する。

開設者住所

開設者氏名

印

事業所番号 05◆◆◆◆◆◆◆◆

事業所名称 ☆☆☆☆☆事業所

私は、都合により令和 年 月請求分から介護給付費等の支払いについて、次のおり依頼します。

支払い月の前月を記入する。
例えば、4月支払分から合算をする場合、**3月請求分**と記入する。

区分	<input type="radio"/>	支払合算を依頼します。
	<input checked="" type="checkbox"/>	支払先事業所番号： 05◆◆◆◆◆◆◆◆
	<input checked="" type="checkbox"/>	支払先事業所名称： ★★★★★事業所
	<input type="checkbox"/>	支払合算の解除を依頼します。

新事業所のものを記載する。

介護給付費等支払合算(解除)依頼書

秋田県国民健康保険団体連合会 様

令和 年 月 日

開設者住所

開設者氏名

印

事業所番号

事業所名称

私は、都合により令和 年 月請求分から介護給付費等の支払いについて、次のとおり依頼します。

区 分	支払合算を依頼します。
	■支払先事業所番号： _____
	■支払先事業所名称： _____
	支払合算の解除を依頼します。