

介護給付費等の請求及び受領に関する届【変更】

秋田県国民健康保険団体連合会 様

①令和 年 月 日 提出
申請者 ②住所 (開設者) ③名称 代表者氏名
印

④ 事業所番号		※太枠内(①、②、③、④、⑤、⑫、⑬)は、必須項目です。 ※その他の項目は、変更箇所のみをご記入ください。		
⑤ 事業所	(フリガナ)	TEL	()	
	(名称)	FAX	()	
⑥ 所在地	(フリガナ)	⑧ 振込先	銀行 信託銀行 信用金庫 農協	
	〒 []-[]		⑨ 支店名	本店 支
		⑩ 口座番号	1:普通 2:当座 9:その他	
⑦ 請求者	(フリガナ)	⑪ 受領者 (口座名義人)	(フリガナ)	
	(氏名)		(氏名)	
⑫ 届出理由	※変更箇所に○をしてください。(複数選択可)		⑬ 変更適用開始年月	
	請求者及び受領者(口座名義人)の変更			令和 年 月 請求分
	請求方法(請求媒体)の変更			令和 年 月 支払分 から
	振込銀行及び口座番号の変更			
	その他()			
⑭ 請求媒体	1. 伝送(インターネット) 2. MO 3. CD-R 4. FD 5. 帳票(紙) ※該当する1つの項目だけに○をつけてください			
⑮ 備考				

《注意》

- ◎別添の「記入要項」をご確認のうえ、ご記入ください。
- ◎振込先を変更する場合、通帳のコピーを添付ください。
- ◎提出期限

⑧～⑪の変更(振込先の変更)	支払月の前月の20日まで(必着)
上記以外の変更	請求月の前月の20日まで(必着)