

# 介護給付費等の請求及び受領に関する届【新設】

①令和 年 月 日 提出

秋田県国民健康保険団体連合会 様

申請者 ②住所

(開設者) ③名称

代表者氏名

印

④ 事業所 番 号																				
⑤ 事業所	(フリガナ)	T E L		( )				連 合 会 受 付 印												
	(名称)	F A X		( )																
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	新 設			⑬ 請求開始 年 月		令和 年 月 請求開始														
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) <b>※該当する1つの項目だけに○をつけてください</b>																			
⑮ 備 考																				

＜注意＞

- ◎振込先確認のため、通帳のコピーを添付ください。
- ◎提出期限は請求開始月の前月20日(必着)となります。