

介護給付費等の請求及び受領に関する届【新設】

①平成 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			
⑦ 請求者	(フリガナ)				⑩ 口座 番 号		1:普通 2:当座 9:その他			
	(氏名)									
⑪ 受領者 (口座名義人)	(フリガナ)				⑬ 請求開始 年 月		平成 年 月 請求開始			
	(氏名)									
⑫ 届出理由	○ 新 設 ○									
⑭ 請求媒体	<p>1. 伝送(インターネット)</p> <p>2. MO 3. CD-R 4. FD 5. 帳票(紙)</p> <p style="text-align: center;">※該当する1つの項目だけに○をつけてください</p>									
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。