

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平成 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)	T E L	()										連 合 会 受 付 印		
	(名称)		()												
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										
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	平成 年 月 請求分												
請求者及び受領者(口座名義人)の変更			平成 年 月 支払分 から												
請求方法(請求媒体)の変更															
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)