

※赤線で囲った箇所について、ご確認・ご記入をお願いいたします。

国保連→事業所 介護給付費の請求及び受領に関する届

福井県国民健康保険団体連合

理事長 ○○ ○○

開設者

令和 5 年 4 月 1 日 提出

住所 福井県○○市○○町1丁目2-3

氏名 介護 太郎

印

「介護給付費の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出した日を記入ください。

事業所の開設者の住所を記入ください。

事業所の開設者の氏名を記入し、押印ください。

介護給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所の名称をカナで記入ください。

事業所番号	18XXXXXXXX	経営主体	国保連合会にて事前に印字してあります。	連合会使用欄
法人種別	05 営利法人	郵便番号	91X-XXXX	
フリガナ	デイサービスセンター マルマル	TEL	国保連合会にて事前に印字してあります。	
(請求先) 事業所名称	デイサービスセンター ○○	FAX	077X-XX-XXXX	
フリガナ	フクイケンフクイシマルマルチョウ	振込先	1 2 3 4	
所在地	福井県○○市○○町1丁目2-3		振込先	○○銀行
		支店名	1 2 3	支店名
				○○支店
		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座番号
フリガナ	カイゴ タロウ	フリガナ	カイゴ タロウ	
請求者	介護 太郎	(口座名義人) 受領者	介護 太郎	
届出理由(該当番号に○をつけてください)	異動年月	旧事業所番号		
① 新設		18XXXXXXXX		
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更		※摘要		
3 請求方法の変更	令和5年3月請求分より			
4 振込先及び口座番号の変更				
5 その他()				
請求媒体	7. 伝送(インターネット)			
	2. 磁気(MO) ④ 磁気(FD・CD) 5. 帳票			
旧事業所番号の月遅れ請求の支払いおよび過誤調整額を、今回届出の口座に合算して支払うことを希望する場合、記入し押印ください。	旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。			
	住所 福井県○○市○○町1丁目2-3			
	氏名 介護 太郎	印		
上記項目以外に通知する事項があれば記入ください。	備考			

介護給付費を受領する為の振込先金融機関の金融機関コード(4桁)と金融機関名を記入ください。

介護給付費を受領する為の振込先金融機関の支店コード(3桁)と支店名を記入ください。

口座番号(口座種別) 振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲んでください。

口座番号 振込先金融機関の口座番号を右詰めで記入ください。

介護給付費を受領する受領者(口座名義人)の名称をカナで25文字以内で記入ください。

介護給付費を受領する受領者(口座名義人)の名称を記入ください。

過去に採番された事業所番号がある場合に記入ください。

当連合会へ請求書を提出する初回の年月を記入ください。
例)2月請求分にした場合、3月の振込みより、指定された口座に振り込まれます。

(参考)法人等種別コード表

コード	法人種別	コード	法人種別
01	社会福祉法人(社協以外)	08	生協
02	社会福祉法人(社協)	09	その他法人
03	医療法人	10	地方公共団体(都道府県)
04	民法法人(社団・財団)	11	地方公共団体(地町村)
05	営利法人	12	地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)
06	非営利法人(NPO)	13	非法人(個人)
07	農協	99	その他

※届出用紙を当連合会に提出したのちに変更が生じた場合は、当連合会にご連絡ください。変更用の届出用紙を送付しますので、変更箇所を赤字でご訂正いただき、ご返送ください。なお、振込先の金融機関、支店、口座番号、口座名義人を変更する場合は、振込先を変更する月の前月末までに届出用紙を当連合会あてに提出していただきますようお願いいたします。

※届の新規登録・口座変更の際には、届に記載した **口座番号の通帳(口座名義人と口座番号の明記されている部分)**を必ず一部複写(コピー)して、届出用紙と共に提出して下さい。