

代理人 → 国保連合会

管理番号	D2019xxxxxxxx	受付番号	
------	---------------	------	--

〇〇〇〇年 x 月 x 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書（新規）

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 〇〇 〇〇 様

印鑑証明書の印を押印
してください。

申請者	住 所	宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇
(代理人)	法人名	〇〇福祉会
	代表者	理事長 〇〇 〇〇



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

(1 / x)

法人名	(カナ) 〇〇フクシカイ
	〇〇福祉会
役職・部署名	(カナ) シセツチョウ
	施設長
氏名	(カナ) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
または代表者名	〇〇〇〇〇〇
郵便番号	〒000-0000
住所	(カナ) ミヤギケン〇〇〇〇〇〇
	宮城県〇〇〇〇〇〇
電話番号	022-000-0000
F A X 番号	022-000-0000
メールアドレス	xxxxxxxx@xxxxxxxx.com
ユーザ ID	(他の国保連合会で代理人用ユーザ ID を申請している場合)

代理人情報に担当事業所の情報を入力することが可能です。
 ※電子請求受付システム【代理申請】に関する FAQNo.4 参照

<国保連合会記入欄>

受付日	年 月 日	担当者	
登録日	年 月 日	ユーザ ID	

代理人 → 国保連合会

管理番号	D2019xxxxxxxx	受付番号	
------	---------------	------	--

〇〇〇〇年 x 月 x 日

電子請求受付システム

代理請求申請書 (新規)・追加・委任期間変更)

印鑑証明書の印を押印してください。

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 〇〇 〇〇 様

申請者 住所 宮城県〇〇〇〇〇〇〇〇
 (代理人) 法人名 〇〇福祉会
 代表者 理事長 〇〇 〇〇



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。 (1 / x)

代理人	ユーザ ID ※1	
	法人名	(カナ) 〇〇フクシカイ
		〇〇福祉会
	役職・部署名	(カナ) シセツチョウ
		施設長
	氏名 または代表者名	(カナ) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
		〇〇〇〇〇〇
	郵便番号	〒000-0000
住所	(カナ) ミヤギケン〇〇〇〇〇	
	宮城県〇〇〇〇〇〇	
電話番号	022-000-0000	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇デイサービス宮城
	事業所番号	0400000000
	ユーザ ID	KJ040400000000
	委任開始年月	〇〇〇〇年〇月
	委任終了年月	
	代理人区分	同一事業者 ←
委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

代理人情報に担当事業所の情報を入力することが可能です。
 ※電子請求受付システム【代理申請】に関する FAQNo.4 参照

注意！！
 同一事業者での申請の場合【請求及び受領に関する届】の「開設者氏名 (印鑑登録印)」と【本申請書】の「申請者名 (印)」が同一でないと承認となりませんのでご注意ください。
 ※電子請求受付システム【代理申請】に関する FAQ No.6, 7 参照

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄にな

<国保連合会記入欄>

受付日	年 月 日
設定日	年 月 日

代理人 → 事業所 → 代理人 → 国保連合会

管理番号

D2019xxxxxxxx

委任状

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 ○○ ○○ 様

【請求及び受領に関する届】の開設者と印鑑登録印を記入押印してください。

※電子請求受付システム【代理申請】に関する FAQ

No.8. 9参照

事業者 住所
法人名
代表者

宮城県○○○○○○○○

○○福祉会

理事長 ○○ ○○

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名	デイサービスセンター○○
	事業所番号	0400000000
	委任期間	○○○○年 x x 月～

代理人登録申請書（新規）に添付した印鑑証明書の印を押印してください。

委任先 (代理人)	法人名	株式会社○○○○○○
	役職・部署名	代表取締役
	氏名 または代表者名	○○○○○○

印

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住所

法人名

代表者

印

