

(記入要領)

介護給付費の請求及び受領に関する届 (事業所届出票)

<記入例 (4 ページ) を参照し記入願います>

新設の事業所において、請求媒体を「インターネット」とする場合は、必ず「(18) 請求方法」の項をお読みください。

(1) 提出日

届出を国保連合会に提出 (送付) した日を記入してください。

※振り込み先の変更の際、(11) ~ (14) に該当の場合は、原則振込月の10日までに提出してください。また、登録内容の確認のため、①通帳の表紙と②表紙の裏面 (口座名義人のフリガナが記載されている頁) 2か所の写しを添付してください。

(2) 開設者 住所・氏名

県に届け出た事業所の開設者住所及び開設者氏名を記入し、内に押印してください。

①届出理由「1：新設」⇒印鑑登録されている法人印、社印、個人印

②届出理由「2~6：変更」⇒「1：新設」時に提出した届に押印したものと同じ印鑑

ただし、同じ印鑑を紛失または改印した場合は、印鑑登録されている法人印、社印、個人印

(3) 事業者番号

- ・県から指定された事業所番号を記入してください。
- ・みなし指定である保険医療機関及び保険薬局については、保険医療機関 (保険薬局) コードを記入願います。

(4) 法人種別

- ・県に届け出た法人名を記入してください。

例) 社会福祉法人、医療法人、民法法人 (社団・財団)、営利法人、非営利法人 (NPO) 等

(5) 経営主体 (空白)

(6) 連合会使用欄 (空白)

(7) 事業所名称 (フリガナ)・請求先事業所名称

- ・県に届け出た事業所名称を記入してください。

(8) 所在地 (フリガナ)

- ・県に届け出た事業所所在地を記入してください。

(9) 請求者 (フリガナ)

- ・請求者の名称を記入してください。

(10) 郵便番号・TEL・FAX

- ・事業所の所在する郵便番号及び電話、ファックス番号を記入してください。

(11) 振込先（金融機関コード）

- ・介護給付費を受領するための振込先金融機関コード及び金融機関名を記入し、該当する金融機関の種別を ○ で囲んでください。

※金融機関コードが不明な場合は、空白でも可能です。

(12) 支店名（支店コード）

- ・介護給付費を受領するための振込先金融機関の本支店をコード及び本支店名を記入し、本支店の別を ○ で囲んでください。

※支店コードが不明な場合は、空白でも可能です。

(13) 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 ○ で囲んで口座番号を右詰めで記入してください。

(14) 受領者（フリガナ）

- ・介護給付費を受領する受領者（口座名義人）のカナ及び受領者名を記入してください。

ただし、開設者と異なる場合は委任状が必要となります。(注)

※受領者（口座名義人）は金融機関に届けた正式名称を記入願います。

(15) 届出理由

- ・届出の理由に該当する番号を ○ で囲んでください。（複数選択可）

※「6：その他」を選択した場合はその内容も併せて記入してください。

(16) 異動年月

- ・届出の内容が有効となる年月を記入してください。（サービス提供月ではありません）

(17) 旧事業所番号

- ・過去に採番された事業所番号がある場合に記入してください。

(18) 請求方法

- ・国保連合会に介護給付費の請求を提出する際、使用する媒体に該当する番号を ○ で囲んでください。（複数選択不可）

(注)「4：磁気」とは、事業所・施設等向けの業務管理システムで作成した介護給付費の請求をCD等の磁気媒体で提出する場合。

「5：帳票」とは、様式（紙）で提出する場合。

※「5. 帳票」での請求を行う場合は、一定の要件がありますので別途お問合せください。

※保険医療機関で主治医意見書作成料のみの請求の場合は「5. 帳票」になります。

その際は、備考欄に「主治医のみ請求」と記載願います。

※新規に指定を受けた事業所が請求媒体を「インターネット」とした場合であっても、指定月翌月の請求は、本会での伝送登録が間に合わないため、指定月翌月の請求に限り磁気（CD）にて行ってください。インターネット請求に必要な「ID」「（仮）パスワード」は指定月の翌月～翌々月初めの通知となります。

(19) Eメール（空白）

(20) 備考

- ・振込先銀行、名義等を変更する場合、銀行手続きをした年月日を記入してください。
- ・上記項目以外に通知する事項等があれば記入してください。

【注意事項】

- 1 国の会計法または都道府県市町村条例により、歳入徴収官及び会計管理者を定めている者以外で、開設者と受領者が異なるときは、委任状に開設者（委任者）及び受任者の印鑑登録された印を押印の上、開設者の印鑑証明書を添付してください。
- 2 委任内容に変更が生じた場合は、委任状の再提出が必要となります。
- 3 受領者（口座名義）または振込銀行及び口座番号の変更の届出時においては、本会の判断により印鑑証明書、登記簿等の提出をお願いする場合がありますので、御了承願います。

(記載例)

介護給付費等の請求及び受領に関する届

〇〇年〇〇月〇〇日 提出

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

(印鑑登録印)

開設者 住所 宮城県仙台市青葉区〇〇一丁目1番1号

氏名 宮城 太郎

介護給付費等の請求及び受領に関し、下記のとおり届出いたします。

開設者と受領者が異なる場合は、「委任状」「印鑑証明書」も提出が必要になります。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|---|---|---|---|----------------------|--------------|------|-------|-------------------------------------|---------|----------------------------|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 0 | 4 | 7 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | | | | | | | |
| 法人種別 | 社会福祉法人 | | | | | | 経営主体 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ミヤギフクンサービスキョウカイ | | | | | | 郵便番号 | 980-0011 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | TEL | 022-222-0000 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 宮城福祉サービス協会 | | | | | | FAX | 022-222-0001 | | | | | | | | | |
| フリガナ | ミヤギケンセンダイシアオバクマルマル1チョウメ1バン1ゴウ | | | | | | 振込先 | 0 | 1 | 2 | 3 | 宮城 | 銀行 信託 信用 金庫 農協 | | | | |
| | | | | | | | 支店名 | 4 | 5 | 6 | 仙台 | 本店 支 | | | | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区〇〇一丁目1番1号 | | | | | | 口座番号 | 1:普通 | 2:当座 | 9:その他 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| フリガナ | ミヤギタロウ | | | | | | フリガナ | ミヤギタロウ | | | | | | | | | |
| 請求者 | 宮城太郎 | | | | | | (口座名義人) | 宮城太郎 | | | | | | | | | |
| | 届出理由(該当番号に○をつけてください) | | | | | | 異動年月(該当部分をご記入ください) | | | | 事業所番号 | | | | | | |
| ① | 新設 | | | | | | 〇〇年 〇 月請求開始 | | | | 口座名義人は、銀行届出の預金通帳記載の名義人を省略せずに記載願います。 | | | | | | |
| 2 | 請求者及び受領者(口座名義)の変更 | | | | | | 年 月支払(入金)分より | | | | | | | | | | |
| 3 | 請求方法の変更 | | | | | | 年 月請求(提出)分より | | | | | | | | | | |
| 4 | 振込銀行及び口座番号の変更 | | | | | | 年 月支払(入金)分より | | | | | | | | | | |
| 5 | 接続先電話番号変更 | | | | | | 年 月 日より | | | | | | | | | | |
| 6 | その他() | | | | | | 年 月より | | | | | | | | | | |
| 請求方法 | ⑦ 伝送(インターネット) | | | | | | 届出理由ごとに、異動年月の記載願います。 | | | | | | | | | | |
| | 1. 伝送(ISDN) (接続先電話番号) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 磁気(MO) 3. 磁気(MT) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eメール | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |