介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和　　年　　月　　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

氏名

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。

事業所番号	0	4																						

法人種別		経営主体		連合会使用欄			
フリガナ		郵便番号					
		TEL					
事業所名称		FAX					
		振込先		銀行 信託銀行 信用金庫 農協			
フリガナ							
		支店名		本店 支			
所在地		口座番号	1:普　通 2:当　座 9:その他				
フリガナ		フリガナ					
請求者		(口座名義人) 受領者					

	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）	旧事業所番号
1	新設	令和　　年　　月請求開始	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	令和　　年　　月支払(入金)分より	
3	請求方法の変更	令和　　年　　月請求(提出)分より	
4	振込銀行及び口座番号の変更	令和　　年　　月支払(入金)分より	
5	その他（　　）	令和　　年　　月より	

請求方法	1. インターネット 2. 磁気（ FD ・ CD ）　　3. 磁気（ MO ） 4. 帳票（ 請求明細書 ・ 主治医意見書作成料請求書 ）
Eメール	
備　考	