

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

青森県国民健康保険団体連合会

理事長 高 樋 憲 殿

開設者 住所

氏名

印

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 番号	0 2																					
法人 種別											経営 主体											
フリガナ											郵便 番号				-							連 合 会 使 用 欄
(請求先) 事業所 名称											TEL				-							
フリガナ											FAX				-							
											振込先									銀 行 信 託 銀 行 信 用 金 庫 農 協		
所在地											支店名										本 店 支	
											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					旧事業所番号						
1	新設										年 月 支 払 分 よ り					※摘要						
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更																					
3	請求方法の変更																					
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) 5. 光ディスク(CD-R) 6. 帳票																					
Eメール																						
備 考																						