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　　髙 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						連合会使用欄	
フリガナ											郵便番号				－			
（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（該当番号に〇をつけてください）	異動年月	旧事業所番号
1	新設	年　　月請求分より	
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		
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