

介護報酬の請求及び受領に関する届

新潟県国民健康保険団体連合会理事長 様 提出日 平成 年 月 日

開設者 住所 _____
氏名 _____ 印

介護報酬の請求ならびに受領に関し、下記のとおり届出いたします。

事業所番号	1 5	(事業所名称・所在地等) 平成 年 月より変更
事業所名称	フリガナ	
所在地	フリガナ 〒 - 新潟県	
電話番号	- -	

新規事業所の場合、新規欄に☑のうえ指定年月日および①～③のすべてを記載してください。
以前に提出した届に変更がある場合、変更する①～③の該当欄に☑のうえ記載してください。

新規 <input type="checkbox"/>	指定年月日	平成 年 月 日	※ 塗りつぶしてある箇所は記載できません。
① <input type="checkbox"/>	請求者	フリガナ	
② <input type="checkbox"/>	振込先	フリガナ 銀行名	フリガナ 支店名
		銀行番号	支店番号
		口座番号	預金種目 普通・当座・その他()
		フリガナ 口座名義人	変更時期 (平成 年 月入金分より変更)
③ <input type="checkbox"/>	請求方法	<input checked="" type="checkbox"/> 該当に☑ (変更時期 平成 年 月10日までの請求分より変更) <input type="checkbox"/> 伝送 (インターネット) <input type="checkbox"/> 磁気 (MO/FD/CD) <input type="checkbox"/> 帳票 (紙)	

該当 <input type="checkbox"/>	過誤等金額調整同意欄	下記旧事業所について、請求および過誤調整額等の支払を合算することに同意します。		
	旧事業所番号	1 5	住所	
	旧事業所名称		氏名	印

該当 <input type="checkbox"/>	委任状添付あり	請求者または口座名義人が、開設者と異なるため委任状を添付します。
--------------------------------	---------	----------------------------------