
介護報酬の請求及び 受領に関して

新潟県国民健康保険団体連合会

2018.05

目次

| | ページ |
|---------------------------------|------|
| 1. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の提出について | … 3 |
| 2. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の記載要領について | … 4 |
| 3. 介護報酬の請求および受付等について | … 6 |
| 4. 届および介護報酬の請求（磁気媒体・紙）受付先について | … 9 |
| | |
| 付録 「介護報酬の請求及び受領に関する届」・「委任状」の記載例 | |
| • 新規開設 | 10 |
| • 変更（事業所名称・事業所住所） | … 11 |
| • 変更（理事長・管理者等） | … 12 |
| • 変更（振込先） | … 13 |
| • 複数変更（管理者と振込先） | … 14 |
| • 変更（請求方法） | … 15 |
| • 委任状 | … 16 |

1. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の提出について

介護保険制度において、新潟県国民健康保険団体連合会（以下、「本会」という。）は保険者（市町村）から委託を受け、介護保険法第 176 条に基づき介護給付費等の審査ならびに支払を行っております。

請求された介護報酬を、本会で受付ならびに審査、支払を行う際に、請求方法及び支払先口座情報等が必要となりますので、新規指定および変更がありましたら、変更のあった日より 10 日以内に下記書類等の提出をお願いいたします。

○新規開設の場合

| | 提出書類 | 必須 | 該当の場合 |
|---|---------------------------------------|----|-------|
| 1 | 「介護報酬の請求及び受領に関する届」 | ○ | — |
| 2 | 振込先通帳の表紙裏（名義人がカタカナ、店番号が記載されているページ）の写し | ○ | — |
| 3 | 委任状および委託者（開設者）の印鑑証明書 | — | △ ※1 |

※1 委任状は、開設者≠請求者、開設者≠口座名義人の場合に必要。

印鑑証明書は、委任状に捺印されている開設者（理事長、代表取締役等の代表者）のもの。市町村等の公設、会計責任者の定款の場合は必要ありません。

《帳票（紙）で請求の場合》

平成 30 年 3 月 31 日までに、免除届を提出していない場合は、「帳票（紙）」での請求はできません。

○以前に提出した届に変更がある場合

| | 変更内容 | 届 （上表 A） | 通帳コピー （上表 B） | 委任状と 印鑑証明書 （上表 C） |
|---|----------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| 1 | 事業所名称・所在地・電話番号 | ○ | — | — |
| 2 | 請求者 | ○ | — | △ ※2 |
| 3 | 振込先 | ○ | ○ | △ ※2 |
| 4 | 請求方法 | ○ | — | — |

※2 上記※1 に該当する場合に必要。

2. 「介護報酬の請求及び受領に関する届」の記載要領について

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

(1) 提出日 平成 年 月 日

開設者 住所
氏名 印

介護 (2) 請求に基づき受領に関し、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

(3) 指定年月日 平成 年 月 日 ※ 塗りつぶしてある箇所は本会にて使用します。

(4) 請求者 フリガナ

(5) 振込先

| | | |
|-------------------------|-------------|----------------------|
| フリガナ 銀行名 | フリガナ 支店名 | 預金種目 普通・当座・その他() |
| 銀行番号 | 支店番号 | 口座番号 |
| フリガナ 口座名義人 | | |
| 変更時期 (平成 年 月入金分より変更) | | |

※ 振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。

(6) 請求方法 該当に☑ (変更時期 平成 年 月10日までの請求分より変更)

伝送 (インターネット) 磁気 (MO/FD/CD) 帳票 (紙)

(7) 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 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。

○：必須 △：該当の場合

| 新規提出 | 変更提出 | 項目 ＜前頁の(1)～(7)＞ | | 記載要領 |
|------|------|--------------------|------------|--|
| ○ | ○ | (1) | 提出日 | 提出する日を記入。 |
| | | | 開設者 | 開設者の住所、氏名を記入し捺印。 |
| ○ | ○ | (2) | 事業所番号 | 県・市町村・関東信越厚生局から指定された事業所番号を記入。 |
| | | | 事業所名称 | 申請した事業所名称（フリガナ必須）を記入。 |
| | | | 所在地 | 郵便番号は7桁を記入。 申請した事業所の所在地（フリガナ必須）を記入。 |
| | | | 電話番号 | 市外局番から記入。 |
| ○ | — | (3) | 指定年月日 | 県・市町村・関東信越厚生局から指定された年月日を記入。 |
| ○ | △ | (4) | 請求者 | 介護給付費等の請求者（フリガナ必須）を記入。 |
| ○ | △ | (5) | 振込先 | 銀行名：銀行名を記入。銀行番号は未記入。 支店名：支店名を記入。支店番号は、通帳の表紙にある3桁の番号を記入。 預金種目：該当に○を付す。 口座番号：右詰めで記入。7桁に満たない場合は、前○を付す。 口座名義人：通帳に記載されている名義を記入。 フリガナは、30文字まで記入可能。 (濁点、空白は1マス使用する。) ※1 円滑に指定された銀行口座へ支払いを行うため、通帳の表紙裏に名義人が「カタカナ」で記載されているページのコピーを添付。 ※2 振込先変更の場合、変更時期を記入。 |
| ○ | △ | (6) | 請求方法 | 該当に☑ 伝送（インターネット及）開始（変更含む）月の約10日前に、接続するためのID/PWを本会より送付。 |
| △ | △ | (7) | 過誤等金額調整同意欄 | 事業所の組織変更や統廃合等により事業所番号が変更する場合で、旧事業所の過誤/再審査等調整額を新事業所で調整をする場合に、旧事業所情報を☑のうえ記入。 |
| | | | 委任状添付あり | 委任状を添付する場合に☑ (開設者≠請求者、開設者≠口座名義人の場合) |

3. 介護報酬の請求および受付等について

(1) 請求について

同一事業所での異なる請求方法（伝送と磁気媒体、磁気媒体と紙 等）は原則不可となります。また、提出された請求媒体は返却いたしません。

請求方法の種類による留意事項は以下のとおり。

○伝送による請求（インターネット）

・新規開設事業所

県より事業所基本情報が指定年月日の翌月に本会に登録されます。連合会にて、届出情報処理をした後、ID/パスワードを発行、指定年月日の翌々月より伝送可能となります。指定年月日の翌月（直近の請求）は、伝送での請求は行えませんので留意してください。

(例) 平成 30 年 4 月 15 日までに届出た場合

| | 指定年月日 | 平成 30 年 5 月請求 | 平成 30 年 6 月請求 |
|-------|-------------|---------------|---------------|
| 新規事業所 | 平成 30 年 4 月 | 磁気媒体または紙 | 伝送可能 |

・既存事業所の請求方法変更

紙・磁気媒体（FD・CD）から伝送請求（インターネット）に変更する場合、届出を提出後、ID/PW を送付しますので翌月から伝送請求が可能となります。

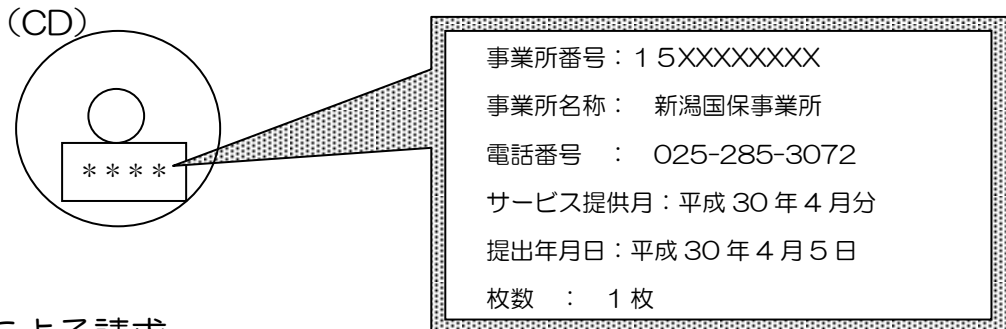
※15 日までに変更届の提出があった場合、次月より伝送可能となります。

(例) 平成 30 年 4 月 15 日までに届出た場合

| | 指定年月日 | 平成 30 年 5 月請求 | 平成 30 年 6 月請求 |
|-------|---------------|---------------|---------------|
| 既存事業所 | 平成 30 年 3 月以前 | 伝送可能 | 伝送可能 |

(2) 磁気媒体 (FD・CD) による請求

- 医療保険と別梱包で、梱包した際に「介護」と明記してください。
- ファイル構成単位は、給付管理票は請求年月（提出年月）、請求書及び明細書はサービス提供年月ごとに作成してください。
- 正副作成し正本を本会へ提出し、副本を保管してください。読取不能等で、照会する場合があります。
- 媒体に下記のようなラベルを貼付してください。



(3) 紙による請求

- 請求書および明細書については、サービス提供年月毎に分けて提出してください。但し、給付管理票については、分ける必要はありません。

①受付について

請求方法による受付期間および受付時間等は、以下のとおり。

○伝送請求（インターネット）

| | |
|------|--------------------------|
| 受付期間 | 毎月1日～10日（土曜日・日曜日・祝祭日を含む） |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後11時59分 |

○郵送等（磁気媒体・紙）

| | |
|------|--------------------|
| 受付期間 | 毎月1日～10日（10日必着） ※1 |
|------|--------------------|

○本会持参（磁気媒体・紙）

| | |
|------|--|
| 受付期間 | 毎月1日～10日にかかる月曜日～金曜日の平日 （最終日〈10日〉が、土曜日、日曜日、祝祭日の場合は受付窓口開設） ※1 |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後5時15分 |

※1 介護保険分と医療保険分は受付が異なりますので分けて提出してください。また、梱包等に「介護」と明記してください。

②決定通知書等について

決定通知書等の受信可能（発送）基準日は、以下のとおり。

基準日が、土曜日、日曜日、祝祭日の場合は翌営業日になります。

| 通知書名（識別番号） | 伝送請求事業所等 | 紙・媒体事業所等 |
|---|-------------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険審査決定増減表（7211） ・介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表情報（7231） ・介護保険審査増減単位数通知書（7311） ・介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書情報（7321） ・請求明細・給付管理票返戻一覧表（7411） ・介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻（保留）一覧表情報（7431） | 当月30日 ※2 | 当月30日 ※2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費等支払決定額通知書（7511） ・介護給付費等支払決定額内訳書（7521） ・介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書情報（7551） ・介護給付費過誤決定通知書（7611） ・介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書情報（7641） ・介護給付費再審査決定通知書（7621） ・介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書情報（7651） ・介護職員処遇改善加算総額のお知らせ※3 | 翌月8日 | 翌月20日 |

※2 審査結果において、増減決定および返戻決定した場合のみ。

※3 伝送請求事業所等の場合、受信箱「連絡文書フォルダ」のほか、介護電子請求受付システムより確認できます。

③支払について

介護給付費等支払決定通知書および介護職員処遇改善加算総額のお知らせに基づく口座振込日は、毎月25日です。

25日が、土曜日、日曜日、祝祭日の場合は翌営業日になります。

4 「介護報酬の請求及び受領に関する届」および介護報酬の請求（磁気媒体・紙）受付先について

①郵送等の場合

〒950-8560

新潟市中央区新光町4番地1 新潟県自治会館本館3階

新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課

TEL 025-285-3072

FAX 025-285-3350

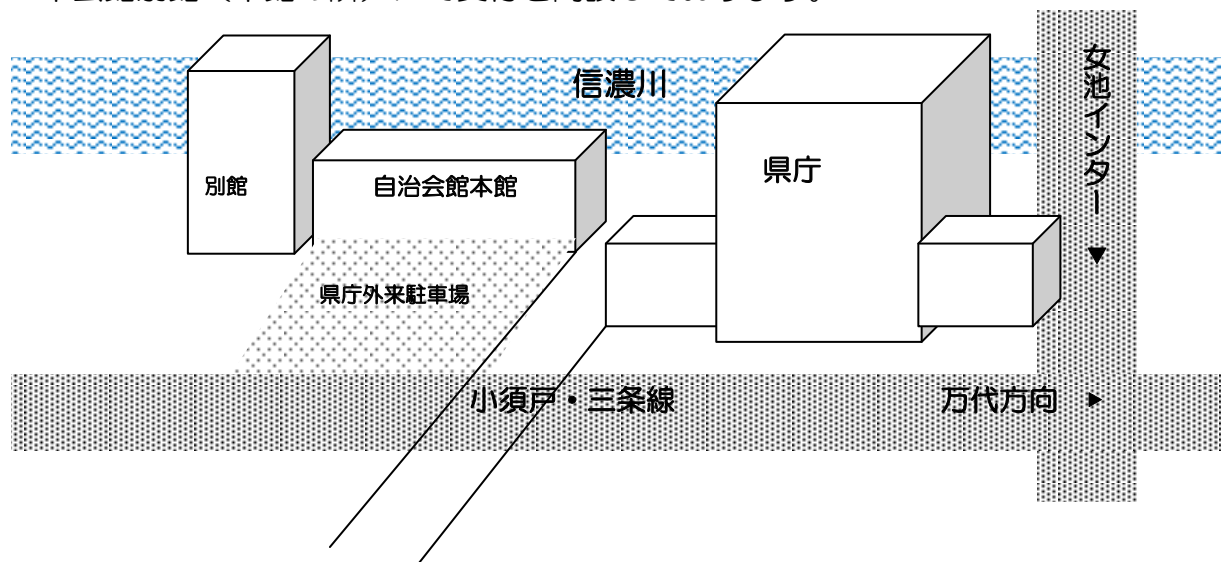
MAIL kaigo@niigata-kokuho.or.jp

URL <http://niigata-kokuho.or.jp/>

②本会持参の場合

新潟県自治会館本館3階 介護保険課

※ 介護報酬の請求の場合、受付最終日（10日）が土曜日、日曜日、祝祭日の場合は本会館別館（本館の隣）にて受付を開設しております。



付録 「介護報酬の請求及び受領に関する届」・「委任状」の記載例

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 30 年 5 月 15 日

開設者 住所
氏名



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 7 9 9 9 9 9 9 9 | (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 イリョウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシンコウチョウ4-1 ニイガタケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | |

新規事業所の場合、新規に☑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 checked="" type="checkbox"/> | 指定年月日 | 平成 30 年 5 月 1 日 | ※ 塗りつぶしてある箇所は本会にて使用します。 |
| ① <input checked="" type="checkbox"/> | 請求者 | フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎 | |
| 振込先 ② <input checked="" type="checkbox"/> | ※通帳の表紙の裏のコピーを添付してください。 | | |
| | 変更時期 : 平成 30 年 7 月末入金分より変更 | | |
| | フリガナ コクホギンコウ 銀行名 国保銀行 | フリガナ シンコウチョウ 支店名 新光町 店 | 預金種目 普通 当座・その他() |
| | 銀行番号 | 支店番号 0 0 1 | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 |
| フリガナ イ) コクホシセツ 口座名義人 | 医療法人 国保施設 | | |
| ③ <input checked="" type="checkbox"/> | 請求方法 | ※変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。 | |
| | | 変更時期 : 平成 年 月10日までの請求分より変更 | |
| | | <input checked="" 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 7 1 1 1 1 1 1 1 | 住所 | 新潟市中央区新光町4-1 |
| | 旧事業所名称 | こくほ介護 | | 氏名 こくほ 介護 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。 | | |
|--------------------------------|---------|------------------------------------|--|--|

及び受領に関する届

記載例 <<名称・住所変更の提出>>
必須（点線枠内）

提出日 平成 30 年 4 月 10 日

変更年月と✓を付加

中央区新光町4-1
法人 国保事業所

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 7 9 9 9 9 9 9 9 | (事業所名称・所在地等) 平成 30 年 5 月より変更 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 事業所名称 | フリガナ イリヨウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシシニコウチヨウ4-1 ニイガタケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | | |

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本会にて使用します。 |
| ① | 請求者 | フリガナ | |
| ② | 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 |
| | | フリガナ 口座名義人 | 預金種目 普通・当座・その他() |
| ③ | 請求方法 | ※ 振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。 ※ 変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。 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

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

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。

請求及び受領に関する届

記載例 << 理事長・管理者等変更の提出 >>
必須 (点線枠内)

提出日 平成 30 年 4 月 10 日

| | | | |
|-----|----|--------------|--|
| 開設者 | 住所 | 新潟市中央区新光町4-1 | |
| | 氏名 | 医療法人 国保事業所 | |

(事業所名称・所在地等)
平成 年 月より変更

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 | 7 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 事業所名称 | フリガナ イリョウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | | | | | | | | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシンコウチョウ4-1 ニイガケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | | | | | | | | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | | | | | | | | |

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... 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

指定年月日 平成 年 月 日 ※ 塗りつぶしてある箇所は本会にて使用します。

① を付加

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 請求者 | フリガナ イリョウホウジン コクホジギョウシヨ ダイヒョウ コクホ ジロウ 医療法人 国保事業所 代表 国保 次郎 | | |
|-----|--|--|--|

②

| | | | |
|-----|------------|----------------------|--------------|
| 振込先 | フリガナ 銀行名 | フリガナ 支店名 | 預金種目 |
| | 銀行番号 | 支店番号 | 普通・当座・その他() |
| | 口座番号 | 口座番号 | |
| | フリガナ 口座名義人 | 変更時期 (平成 年 月入金分より変更) | |

※ 振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。

③

請求方法 ※変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。

変更時期 : 平成 年 月10日までの請求分より変更

伝送 (インターネット) 磁気 (MO/FD/CD) 帳票 (紙)

該当

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

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。

記載例 《振込先変更の提出》
必須（点線枠内）

及び受領に関する届

提出日 平成 30 年 4 月 10 日

| | |
|-----|--|
| 開設者 | 住所 新潟市中央区新光町4-1 |
| 氏名 | 医療法人 国保事業所 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 7 9 9 9 9 9 9 | (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 イリウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシンコウチョウ4-1 ニイガタケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | |

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

平成 年 月 日 ※ 塗りつぶしてある箇所は本会にて使用します。

① 請求者

フリガナ

② 振込先

| | | | | |
|------------------------------------|---------------|------|--------|------------------------------|
| フリガナ | コクホギンコウ | フリガナ | ニイガタホン | 預金種目 |
| 銀行名 | 国保銀行 | 支店名 | 新潟本店 | 普通・当座・その他() |
| 銀行番号 | | 支店番号 | 0 0 1 | 口座番号 |
| | | | | 0 0 1 2 3 4 5 |
| フリガナ | イ/コクホシ"キ"ヨウシヨ | | | |
| 口座名義人 | 医療法人 国保事業所 | | | |
| ※ 振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。 | | | | 変更時期 (平成 30 年 6 月入金分より変更) |

③ 請求方法

※変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。

変更時期：平成 年 月10日

変更年月を記載

伝送 (インターネット) 磁気 (MO/ID/CD) 帳票 (紙)

該当

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

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。

及び受領に関する届

記載例 <<管理者と振込先変更の提出>>
必須（点線枠内）

提出日 平成 30 年 4 月 10 日

| | |
|-----|--------------------|
| 開設者 | 住所 新潟市中央区新光町4-1 |
| | 氏名 医療法人 国保事業所 |

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 7 9 9 9 9 9 9 9 | (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 イリョウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシンシコウチョウ4-1 ニイガタケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | |

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

指定年月日 平成 年 月 日 ※ 塗りつぶしてある箇所は本会にて使用します。

請求者 フリガナ イリョウホウジン コクホジギョウシヨ ダイヒョウ コクホ ジロウ
医療法人 国保事業所 代表 国保 次郎

振込先

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------|
| フリガナ コクホギンコウ 銀行名 国保銀行 | フリガナ ニイガタホン 支店名 新潟本店 | 預金種目 普通 当座 其他() |
| 銀行番号 | 支店番号 0 0 1 | 口座番号 0 0 1 2 3 4 5 |
| フリガナ イ/コクホシ"キ"ヨウシヨ 口座名義人 医療法人 国保事業所 | 変更時期 (平成 30 年 6 月入金分より変更) | |

※ 振込先通帳の表紙裏(名義がカタカナ)のコピーを添付してください。

③ 請求方法 ※変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。
変更時期 : 平成 年 月 10日
 伝送 (インターネット) 磁気 (MO/IC/CD) 帳票 (紙)

該当

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

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。

及び受領に関する届

記載例 《請求方法変更の提出》
必須（点線枠内）

提出日 平成 30 年 4 月 10 日

| | |
|-----|--------------------|
| 開設者 | 住所 新潟市中央区新光町4-1 |
| | 氏名 医療法人 国保事業所 |

(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 7 9 9 9 9 9 9 9 | (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 イリヨウホウジンコクホジギョウシヨ 医療法人 国保事業所 | |
| 所在地 | フリガナ ニイガタシンコウチョウ4-1 ニイガタケンジチカイカンホンカン3カイ 〒 950-8560 新潟県 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館3階 | |
| 電話番号 | 025 - 285 - 3072 | |

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本会にて使用します。 | | | | | | | | | | | | |
| ① | 請求者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 振込 | <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>フリガナ</td> <td>預金種目</td> </tr> <tr> <td>銀行名</td> <td>支店名</td> <td>普通・当座・その他()</td> </tr> <tr> <td>銀行番号</td> <td>支店番号</td> <td>店</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>口座番号</td> </tr> </table> | フリガナ | フリガナ | 預金種目 | 銀行名 | 支店名 | 普通・当座・その他() | 銀行番号 | 支店番号 | 店 | | | 口座番号 | |
| フリガナ | フリガナ | 預金種目 | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行名 | 支店名 | 普通・当座・その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行番号 | 支店番号 | 店 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 請求方法 | <p>※変更時期と希望する請求方法に☑を記載してください。</p> <p>変更時期：平成 30年 6月10日までの請求分より変更</p> <p><input checked="" 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）</p> | <p>変更時期 平成 年 月入金分より変更)</p> | | | | | | | | | | | | |

☑を付加 変更年月を記載 ☑を付加

該当

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

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。

記載例 <<介護報酬の請求および
受領を委任する場合>>

委 任 状

私は、都合により **国保 花子** をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- 1 介護報酬の請求に関すること。
- 2 介護報酬の受領に関すること。

なお、本委任状を解除する場合には、双方連署のうえ届け出のない限りその効力のないことを誓約いたします。

(委任年月日)

平成 30 年 4 月 1 日

介護保険事業所番号 1579999999

委任者 住 所 新潟市中央区新光町4-1
氏 名 国保 太郎



上記委任の件、承諾いたしました。

受任者 住 所 新潟市中央区新光町4-1
氏 名 国保 花子



印鑑証明の提出

国民健康保険団体連合会理事長 様

(注) 委任事項は、番号を○で囲んで下さい。

2 本委任状を提出する際は、委任者(開設者)の印鑑証明を添付して下さい。

3 市町村等の公設の場合は必要ありません。又、定款に会計責任者の設置が明記されている場合も同様です。