

# 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 令和 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	※事業所番号、事業所名、所在地、電話番号はこの届では変更できません。
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①～④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①～④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・令和 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①	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( )
③ <input type="checkbox"/>	振込先②	フリガナ 口座名義人	
		変更時期 (令和 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。		
④ <input type="checkbox"/>	請求方法	該当に☑ (変更時期 令和 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 (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。
--------------------------	---------	------------------------------------