

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

新潟県国民健康保険団体連合会

開設者

理事長

住所

様

氏名

印

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											連 合 会 使 用 欄		
法人等 種別				郵便 番号									
(請求先) 事業所 名称				電話 番号									
				F A X 番号									
フリガナ (所在地)				振込先									
所在地				支店名									
				口座 番号	普通 当座 その他								
フリガナ (請求者)				フリガナ (受領者)									
請求者				(口座名義人) 受領者									
1 2 3 4	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					
	新設			年 月請求分より									
	請求者及び受領者 (口座名義) の変更							※摘要				支払先事業所番号	
	振込先及び口座番号の変更												
	その他 ( )												
決定通知等の送付データの形式				PDF				CSV					
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。													
住所													
氏名													
印													
備 考													