

注意事項

- 変更の提出締切は、変更月の前月20日着までになります。
- FAXによる受付はできません。下記送付先へ郵送して下さい。
- 事業所番号ごとに1枚提出が必要です。
- 記載方法を参考にして記入してください。
- 記載もれ等がある場合は、届出をお返しすることがあります。
- この届出は、請求方法をインターネットへ変更する場合のみ使用できます。
- この届出は新規事業所の届出及び、口座情報、その他の請求方法の変更には使用できませんのでご注意ください。

※新規事業所の届出用紙の入手方法

指定通知書の写しを連合会介護保険課までFAX送信してください。
後日連合会より事業所所在地へ郵送します。

※口座情報等その他の変更届出の入手方法は、介護管理係まで電話かFAXでお問い合わせください。

※この届出を連合会に送付し、連合会で変更の仮登録が終わりましたら、インターネット請求に使用するパスワード等を事業所番号にご登録があるご住所へ郵送します。

◆届出の送付先と届出に関するお問い合わせ先

〒812-8521

福岡市博多区吉塚本町13番47号

福岡県国民健康保険団体連合会 事業部 介護保険課 介護管理係

電話 092-642-7813 FAX 092-642-7856

介護給付費の請求及び受領に関する届

(インターネット請求への変更のみ使用可能)

福岡県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

① 令和 年 月 日 提出

記載箇所

開設者住所

②

開設者氏名

印

介護給付費等の請求及び受領に関し、次のとおり記入・捺印のうえ届けます。

事業所 番号			
事業所 所在地	〒 _____		
事業所 名称 (請求先)	③		
電話番号		FAX	
振込先 受領者	金融機関名称	銀行 協和銀行 信用金庫 廣島	
	本支店名	本 店	
	口座番号	1 普通 2 当座	(おつめて記入してください)
	(口座名義人) 受領者(フリガナ) (30字以内) (口座名義人) 受領者(漢字)		
届出理由(該当する番号に○をつけてください。なお、その場合()内に理由を記入してください。)			
1 新設		4 振込先金融機関・口座番号の変更	
2 開設者及び受領者(口座名義人)の変更		令和 年 月末振込分より	
3 請求方法の変更(開始・中止・ 変更)年月		5 その他()	
新設・変更年月	年 月 請求分が*	* 旧事業所番号 *	
7 伝送(インターネット)		④	
請求媒体	1 伝送(ISDN) 接続先電話番号()		
(該当する番号に○をつけてください)	(伝送に使用するパソコンに接続された電話番号(ISDN回線番号))		
	4 磁気(FD・CD)	3 磁気(MF)	2 磁気(MO)
	5 郵便		
摘 要			

注 本届は、事業所番号毎に提出してください。

事業所名称等の印字に変更又は誤りがある場合、各欄の上部にご記入ください。

送付先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課
(TEL) 092-642-7813

記載方法

①～④の箇所を必ず記入してください。

① 提出年月日は、届出を記載した日付を記入してください。

② 開設者住所・開設者氏名・印鑑

開設者が法人の場合 → 法人の所在地・法人名と法人代表者氏名を記入してください。
印鑑は、法人の代表者として使用する印鑑を押印してください。

開設者が個人の場合 → 個人の所在地・個人の氏名を記入してください。
印鑑は個人印を押印してください。(シャチハタ印は不可)

※開設者が個人の場合とは、主にみなし指定の事業所(医療機関・歯科・調剤薬局)
の経営主体が個人の場合になります。

③ 事業所番号、事業所所在地、事業所名称等

県または市より指定を受けた事業所番号と、事業所所在地、事業所名称を記入してください。

みなし指定の事業所(医療機関・歯科・調剤薬局)の場合は、九州厚生局へ申請し認められた
医療機関所在地と名称を記入してください。事業所番号は、医療機関コードの前に、401(医科)・
403(歯科)・404(調剤)の3桁を記入し、10桁の事業所番号になります。

※記入誤りのないようにご注意ください。

④ 新設・変更年月

実際に変更して送信する年月を記入してください。

例) 令和2年4月1～10日の期間に送信するものから変更する場合は、「令和2年4月請求分
から」と記入してください。

(注意点)



→ この網掛け部分の箇所は記入しないでください。

介護給付費の請求及び受領に関する届

(インターネット請求への変更のみ使用可能)

令和 年 月 日 提出

福岡県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者住所

開設者氏名

印

介護給付費等の請求及び受領に関し、次のとおり記入・捺印のうえ届けます。

事業所番号			
事業所所在地	〒		
事業所名称(請求先)			
電話番号		FAX	
振込先 受領者	金融機関名称	銀行 信託銀行 信用金庫 農協	
	本支店名	本 支 店	
	口座番号	1 普通 2 当座	(おつめて記入してください)
	(口座名義人) 受領者(フリガナ) (30桁以内)		
	(口座名義人) 受領者(漢字)		
届出理由(該当する番号に○をつけてください。なお、その場合()内に理由を記入してください。)			
1 新設		4 振込先金融機関・口座番号の変更	
2 開設者及び受領者(口座名義人)の変更		令和 年 月末振込分より	
3 請求方法の変更(開始・中止(変更)年月)		5 その他()	
新設・変更年月	年 月 請求分から	*	* 旧事業所番号 *
請求媒体 (該当する番号に○をつけてください)	7 伝送(インターネット)		
	1 伝送(ISDN)	接続先電話番号()	
	(伝送に使用するパソコンに接続された電話番号(ISDN回線番号))		
	4 磁気(FD・CD)	3 磁気(MF)	2 磁気(MO)
	9 郵便		
摘 要			

注 本届は、事業所番号毎に提出してください。

事業所名称等の印字に変更又は誤りがある場合、各欄の上部にご記入ください。

送付先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課
(TEL) 092-642-7813