

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 信託銀行 信用金庫 農協	
	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。

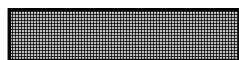
※記入誤りのないようにご注意ください。

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 信用組合 協同 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