

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

介護給付費の請求媒体変更届

(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	〒 ③										
事業所 名 称 (請求先)											
電話番号						FAX					
変更内容	インターネット請求へ変更する。					請求媒体	⑦ 伝送(インターネット)				
変更年月	年 月 請求分から										
摘 要											

注 本届は、事業所番号毎に提出してください。

ご提出頂いた時期により、ご希望の請求月に間に合わない可能性があります。

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

①～③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、主に医療機関等の「みなし事業所」の経営主体が
個人病院・診療所の場合になります。

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。

・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7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7年4月請求分
から」と記入してください。

(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

開設者氏名

印

事業所 番 号													
事業所 所在地	〒												
事業所 名 称 (請求先)													
電話番号									FAX				
変更内容	インターネット請求へ変更する。								請求媒体	7 伝送(インターネット)			
変更年月	年 月 請求分から												
摘 要													

ご提出頂いた時期により、ご希望の請求月に間に合わない可能性があります。

〒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