

請求媒体変更届

平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

代表者 住所
氏名

介護報酬の請求媒体に関し下記のとおり記入し、変更の届け出をいたします。

事業所番号	0	7											※
フリガナ												受付印	
事業所名	担当者名:												
フリガナ													
所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 福島県												
変更月	平成 年 月 提出(審査)分より変更希望											<p>・伝送による請求へ変更する際は、伝送請求開始希望月の前月25日必着で提出してください。 (28日以降に、接続時に必要となるパスワード等を発送させていただきます)</p>	
変更後の請求媒体種類	1. 伝送 (インターネット)			2. 伝送 (ISDN)			3. FD・CD ※3の場合、FDかCDどちらかに○						
	<p>・伝送 (ISDN) を希望される場合は、使用するパソコンに接続されている ISDN回線 (発信者番号通知) を事前に登録する必要がありますので、ご確認のうえ下記に記入してください。また、光・ADSL・CATV・アナログ回線では通信できませんのでご注意ください。回線の種類がわからない場合はNTTにご確認願います。</p> <p>・伝送 (ISDN、インターネット) へ変更した場合、上記の変更月より「介護給付費等支払額決定通知書」等は帳票 (紙) では送付されず、伝送での送信のみとなりますのでご注意ください。</p> <p>・接続使用電話番号 (ISDN) 【 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 】</p> <p>・使用する伝送ソフト</p> <p>1. 国保中央会介護伝送ソフト</p> <p>2. その他 (<input type="text"/>)</p>												
備考													

「※」表示欄は国保連合会で使用しますので、記入しないで下さい。

送付先

FAX = 024-528-0989

この届書は新規指定時には提出不要です。
今後、請求媒体を変更する際に提出して下さい。