介護保険事業所の請求及び受領に関する振込先変更届

平成　　年　　月　　日

福島県国民健康保険団体連合会長　殿

住所

代表者　　印

氏名

介護報酬の請求に関し、振込先の変更を下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

事業所番号	0	7									受付印	※
フリガナ												
事業所名												
フリガナ												
所在地	〒□□□－□□□□　福島県 電話　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－											

変更前		変更後	
フリガナ		フリガナ	
代表者		代表者	
フリガナ		フリガナ	
請求者		請求者	
振込先金融機関	銀行 信用金庫	振込先金融機関	銀行 信用金庫
	金融機関コード ※		金融機関コード ※
	本 店 支 店		本 店 支 店
	支店コード ※		支店コード ※
預金種目	口座番号（右詰めで記入して下さい）	預金種目	口座番号（右詰めで記入して下さい）
1．普　通 2．当　座		1．普　通 2．当　座	
カナ名義		カナ名義	
口座名義		口座名義	
照合印	・前回提出した「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印して下さい。　印	振込先変更月	**平成　　年　　月末 振込分より変更希望**
変更理由		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。

注１．変更届提出時は必ず①、②を添えて提出して下さい。使用口座通帳の①表紙のコピー②カナ名義、支店名が記載されているページのコピー

注２．振込先を変更する際は、変更を希望する月の前月末日までに国保連合会に変更届を提出して下さい。（振込日月前の月末必着）

注３．ご記入いただいた個人情報は、介護報酬等の支払の目的以外には使用いたしません。

注４．第三者に情報を提供することはありません。

注５．ご記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。