請求媒体変更届

令和　　年　　月　　日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

開設者　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									受付印	※
フリガナ												
事業所名	担当者名:											
フリガナ												
事業所所在地	〒□□□－□□□□　電話番号(024　－　－　) 福島県											
変更月	令和　　年　　月 提出(審査)分より変更希望											
該当番号に○をつけて下さい 変更後の請求媒体種類	1. 伝　送 (インターネット)					2. 媒体 (C　D)						
	※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日までに提出してください。 28日以降に、接続時に必要となるパスワード等を発送いたします。 (月次処理のため、即日発送はできません。) 媒体変更に伴い、上記の変更月より審査結果通知等の通達方法も変更になりますのでご注意ください。											
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。

連絡先・送付先　FAX ＝ 024-528-0989　・　TEL＝ 024-523-2871