介護保険事業所の請求及び受領に関する振込先変更届

令和　　年　　月　　日

福島県国民健康保険団体連合会長　殿

住所
開設者　　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	※連合会使用欄
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	
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	記入例を確認し、押印してください。　印	振込先変更月	**令和　　年　　月末　振込分より変更** ※振込先を変更する際は、振込先変更月の前月25日必着で、国保連合会に本届を提出してください。
届出理由	1　請求者及び受領者（口座名義）の変更 2　振込先及び口座番号の変更 3　その他（　　）	備　考	

注１．本届提出の際は、①使用口座通帳の表紙のコピー②カナ名義、支店名が記載されているページのコピー①、②を添えて提出して下さい。
　　なお、金融機関を変更した場合や通帳が変更された場合には変更前と変更後の通帳のコピーを必ず添付してください。
注２．御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３．第三者に情報を提供することはありません。
注４．御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。