

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
氏名
印

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	記載例の(6)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、変更月の前月末日までに国保連合会に変更届を提出してください。(振込日月前の月末必着)						
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. 変更届提出の際は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。
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。