

記入例

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 3年 3月 15日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

住所 福島県福島市中町100-1

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎



社会福祉法
人
中町福祉
会
×××印

印鑑例

(1) 振込先変更届を提出する際は、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①②の2枚を添えて提出してください。

下記のとおり記入・捺印のうえ届け出た

事業所番号	0 7 7 0	(2) 国保連合会に新規事業所として届出を提出した際の「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印。但し、改印した場合は改印後の印鑑を押印してください。		※連合会使用欄
フリガナ	ナカマチヒマワリカイゴサービセン	中町ひまわり介護サービスセンター		(3) 連合会使用欄のため記入しない。
フリガナ	フクシマシナカマチ			
所在地	電話 024 - 523 - 2702	県 福島市中町3-	FAX 024 - 528 - 0989	(4) 連合会に届出ている情報を記入。(5) 連合会に届出ている情報の変更後を記入。
変更前		変更後		
フリガナ	シャカイフクシホウジンナカマチフクシカイ リジチュウカイゴタロウ	フリガナ	シャカイフクシホウジンナカマチフクシカイ リジチュウカイゴイチロウ	
請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎	請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護一郎	
振込先金融機関	銀行 信用金庫 中町中央	振込先金融機関	銀行 信用金庫 中町中央	
	金融機関コード 1 2 3 4		金融機関コード 1 2 3 4	
	中町 本店		中町 本店支店	
支店コード	0 0 0	支店コード	0 0 0	
預金種目	1. 普通 2. 当座	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号(右詰めで記入して下さい)
口座番号		口座番号		1 2 3 4 5 6
カナ名義		カナ名義	フクシ カイ ゴ リ ジ チュウ カイ ゴ イチ ロウ	(7) 例) 令和3年4月28日の振込分より振込先を変更したい場合、3月31日必着で「振込先変更届」を提出してください。3月31日を過ぎた場合、5月28日振込分より変更となります。
口座名義		口座名義	社会福祉法人中町福祉会	
照合印	記載例の(6)を確認し、押印してください	振込先変更月	令和 3年 4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	令和3年3月理事長変更に伴い改印しました。	(8) (2)の印鑑を改印した場合は、改正した旨を記載してください。

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①②の2枚を添えて提出してください。
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。