

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する口座変更届

令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

住所
開設者
氏名

印

給付費の請求に関し、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										※連合会使用欄 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							
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 3. その他							1. 普通 2. 当座 3. その他						
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 (15日) 振込分より変更 ※振込先を変更する際は、変更月の前月25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25日必着)						
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. 書類に不備があった場合、翌月以降の対応となりますので御留意ください。
注2. 変更届提出の際は①振込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を添えて提出してください。
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3. 御記入いただいた個人情報は、障害介護給付費等の支払の目的以外には使用いたしません。