

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 6 年 7 月 10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

開設者

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護一郎

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・捺印のうえ届け出した

印鑑例

事業所番号	0	7	7	0	1	2	3	4	5	6	※連合会使用欄 受付印 連合会使用欄のため記入しない。
フリガナ	ナカマチヒマワリカイゴサービスセンター										
事業所名	中町ひまわり介護サービスセンター										
フリガナ	フクシマシナカマチ										
所在地	連合会に届け出ている情報を記入。 福島県 福島市中町3- 連合会に届け出ている情報の変更後を記入。										
電話	024 - 523 - 2702 F A X 024 - 528 - 0989										
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 リジチョウカイゴタロウ					フリガナ シャカイフクシホウジンナカマチフクシカイ リジチョウカイゴイチロウ					
請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎					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					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 支店					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		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 2 3 4 5 6				① 普通 2. 当座		1 2 3 4 5 6			
カナ名義	フク)ナカマチフクシカイ リジチョウ ナカマチタロウ					カナ名義	フク)ナカマチフクシカイ リジチョウ ナカマチイチロウ				
口座名義	福)中町福祉会 理事長 介護太郎					口座名義	福)中町福祉会 理事長 介護一郎				
照合印	記入例を確認し、押印してください。					振込先変更月	令和 6 年 8 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	令和6年3月理事長変更に伴い改印しました。				

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。

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してください。
但し、改印した場合は改印後の印鑑を押印してください。

原則、新規事業所登録の際に、国保連合会に提出をした「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印してください。
但し、「請求及び受領に関する届」提出以降に、当該届を提出したことがある場合は、直近に提出をした印鑑を押印してください。
万が一、前回提出をした届の印鑑と照合できない場合は、再提出となりますのでご注意ください。

例) 令和6年8月28日の振込分より振込先を変更したい場合、7月25日必着で本届を提出してください。7月25日を過ぎた場合、9月27日振込分より変更となります。