

主治医意見書  
作成料請求用

## 介護保険事業所の請求及び受領に関する届

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

介護報酬等の請求に関し、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	
経営主体	国立・公立・大学・法人・個人 病院・診療所・薬局・施設・訪看		指定年月日	年 月 日							受付印		
フリガナ													
事業所名													
フリガナ													
所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 福島県 電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> FAX <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>												
請求者													
振込先金融機関	銀行 信用金庫							本店 支					
	金融機関コード							支店コード					
カナ名義								預金種目 (該当に○)	口座番号(右詰めで記入して下さい)				
口座名義 (受領者)								1. 普通					
								2. 当座					
請求媒体種類	C D (主治医意見書作成料のみ)							※摘要					
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. 届出後やむを得ぬ理由により振込先を変更する際は、この届書に使用した印鑑が必要になります。変更用の用紙等については国保連合会へお問合せ下さい。
- 注3. 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)
- 注4. 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5. 第三者に情報を提供することはありません。
- 注6. 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。