

『介護給付費等の請求及び受領に関する届』記入要領

『介護給付費等の請求及び受領に関する届』の口座名義人フリガナ欄等について

『介護給付費等の請求及び受領に関する届』の『(口座名義人)受領者フリガナ』及び『(口座名義人)受領者』欄に記入の際には、次の点についてご留意ください。

- ① 『(口座名義人)受領者フリガナ』欄
⇒通帳表紙裏面の名前のカタカナ表記をご確認ください。
- ② 『(口座名義人)受領者』欄
⇒通帳表紙の口座名義人をご確認ください。

| | |
|------------|-----------------|
| 振込先 | |
| 支店名 | |
| 口座番号 | 普通 当座 その他 |
| フリガナ | ① |
| (口座名義人)受領者 | ② |

届と通帳の口座情報が違う場合、振込みができませんので、ご確認をお願いします。

(例)

| | |
|-----------|---------------------|
| 通帳 (表紙裏面) | ⇒ カ) ○○キカク |
| (表紙) | ⇒ 株式会社○○企画代表取締役介護太郎 |

【誤】
振込不可

| | |
|--------------|----------|
| 届 (フリガナ) | ⇒ カイゴタロウ |
| (口座名義人(受領者)) | ⇒ 介護太郎 |

【正】
振込可

| | |
|--------------|---------------------|
| 届 (フリガナ) | ⇒ カ) ○○キカク |
| (口座名義人(受領者)) | ⇒ 株式会社○○企画代表取締役介護太郎 |

※上記事例の「カ)」は株式会社の名称名義の略語です。

国保連→事業所 介護給付費等の請求及び受領に関する届

年月日提出 届を国保連合会に提出(送付)した日を記入。(必須)

事業所の開設者の住所、氏名を記入し、押印。(必須) 開設者 住所 氏名 印

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

| | |
|--|--|
| 事業所番号 | 介護保険事業所番号(10桁)(必須) |
| 法人種別 | 記入不要 経営主体 記入不要 連 記入不要 |
| フリガナ | 事業所の名称をカナで記入。(必須) 郵便番号 郵便番号を記入。(必須) |
| (請求先)事業所名称 | 事業所の名称を記入。(必須) TEL 電話番号を記入。(必須) |
| フリガナ | 所在地をカナで記入。(必須) FAX FAX番号を記入。(必須) |
| 所在地 | 所在地を記入。(必須) 振込先 振込先金融機関コードを記入。 振込先金融機関の名称を記入。(必須) |
| フリガナ | 請求者の名称をカナで記入。(必須) フリガナ 振込先口座の通帳表紙裏面の名前(カタカナ表記)を記入。(必須) ① →2枚目参照 |
| 請求者 | 請求者の名称を記入。(必須) (口座名義人)受領者 振込先口座の通帳表紙の口座名義人を記入。(必須) ② →2枚目参照 |
| 届出の理由に該当する番号を○で囲む。(必須)(複数選択可) ※「5:その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入。 | 届出理由(該当番号に○をつけてください) 異動年月 旧事業所番号 過去に付番された事業所番号がある場合に記入。 |
| 請求媒体 | 7. 伝送(インターネット) 4. 磁気(FD/CD-R) 5. 帳票 |
| 旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。 | 住所 氏名 印 旧事業所番号欄に記入があり、旧事業所番号への支払いを当該事業所番号の支払いと合算する場合は、住所・氏名を記入のうえ捺印。 |
| 備考 | 上記項目以外に通知する事項等があれば記入。 |

5213

※印字された内容を訂正する場合は下段に記入して下さい。

※伝送・磁気媒体での請求を選択する場合は、別添「電子情報処理組織又は光ディスク若しくはフレキシブルディスクによる請求に関する届」を提出してください。

介護給付費のご請求をCD-Rでご提出される場合には、以下の必須内容項目を全て直接レーベル面(白)に油性ペン等で消えないように記載してください。
【必須内容項目】①事業所番号②事業所名称③サービス提供月④提出年月日⑤枚数⑥提出先