記載例

電子情報処理組織又は光ディスク等による請求に関する届

電子情報処理組織又は光ディスク等による請求を変更することに関し、「介護給付費等及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき次のとおりお届けします。

令和　　年　　月　　日

大阪府国民健康保険団体連合会　御中

指定の保険者へ申請したとおりの法人住所・法人名・代表者名を記入。
※みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方も代表者名等を記入。

開設者　法人住所
法 人 名
代表者名

印鑑登録されている印鑑を押印。※みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方も本会への届出印を押印。

印鑑登録印 （※法人登録印）

介護保険事業所番号											
介護保険事業所名称											
介護保険事業所所在地	〒　　－										

医科は 271、歯科は 273、調剤は 274 の後ろに保険医療機関(薬局)番号を記入する。

TEL

変更する項目にチェックを入れる。

請求年月	令和　　年　　月　　請求分から
☑ 電子情報処理組織（インターネット）	☐ 光ディスク等（ＣＤ－Ｒ等）

インターネット請求に変更を希望される事業所で有効な「電子請求登録結果に関するお知らせ」を保管されていない場合は、なしに〇をお願いします。※)後日お送りします。	なし

担当者名		ＴＥＬ	

※提出期限は、毎月２０日（必着）となります。なお、２１日以降到着分は翌月処理となります。
また、インターネット請求で「代理請求」をされる場合は、次月から代理請求を行うための登録が必要となりますので毎月 10 日（必着）となります。