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

印鑑登録印 （※法人登録印）

開設者　法人住所
法 人 名
代表者名

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	〒　　－ TEL										
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方は、 なしに○をお願いします。※)後日お送りします。										なし	
担当者名				ＴＥＬ							

※みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方へ
開設者欄及び印鑑欄について、代表者等を記入し本会への届出印を押印してください。