

記載例

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長 様

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・捺印のうえ届け出いたします。

開設者	法人住所	大阪市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇-〇
	法人名	医療法人〇〇会
	役職	理事長
	代表者名	介護 太郎

大阪府または市町村に申請したとおりの法人住所・法人名・役職・代表者名を記入。

印鑑登録印  
(法人印)

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）で法人以外の方も印鑑を押印。開設者欄及び印鑑欄について、代表者名のみを記入し、届出されている印鑑の押印をしてください。

事業所番号	2	7	×	×	×	×	×	×	×	×	×	郵便番号
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

事業所所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇-〇
--------	------------------

事業所名称	〇〇〇事業所
-------	--------

TEL		FAX	
-----	--	-----	--

請求者名	※(開設者と同じ場合は、記入不要)
------	-------------------

請求者名と受領者（振込先）が、開設者と異なる場合は、記入の上、委任状及び委任者の印鑑証明書（原本）の添付が必要です。委任状の雛形は本会ホームページからダウンロードできます。

金融機関 (名・コード)	0	1	2	3	〇〇〇	銀行	信用金庫
						信託銀行	信用組合

支店 (名・コード)	0	0	1	〇〇〇〇	支店

口座種別	1:普通	2:当座	9:その他
------	------	------	-------

口座番号	0	0	0	5	6	7	8	※右詰めで記入
------	---	---	---	---	---	---	---	---------

カナ名義	イ)マルマルカイジチヨウカイゴタロウ
------	--------------------

漢字名義	医療法人〇〇会理事長介護太郎
------	----------------

振込先口座名義に関しては、金融機関に届出された通帳名義を記入してください。  
カナは、通帳表紙の裏面に記載のとおり記入してください。

該当する預金種別に〇を入れる。

届出理由(該当番号に〇をつけてください。)	異動年
-----------------------	-----

1 新設	
------	--

2 請求者及び受領者(口座名義)の変更	
---------------------	--

3 振込銀行及び口座番号の変更	令和 年 月 請求分
-----------------	------------

4 その他( )	
----------	--

請求媒体	7. インターネット	2. 磁気(MO)	4. 磁気(FD・CD-R)
------	------------	-----------	----------------

联合会へ請求書を提出する年月を記入。

インターネット請求で代理請求をご検討の方は、ありに〇をお願いします。	あり
------------------------------------	----

代理請求される場合、「あり」に〇を入れ、請求する前月10日までに提出してください。

担当者名	TEL
------	-----

【注意事項】

※黒色のペンで記入してください。(フリクション等の消せるペンは使用不可)

※訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印には「印鑑登録印」を押印してください。(修正テープ等は使用不可)

※開設者欄の記入について、みなし指定事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方は、代表者名のみ記入し、届出されている印鑑の押印をします。

※「介護給付費等の請求及び受領に関する届」は、専用用紙になります。(コピー不可)

※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、新設でインターネット請求の「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請求を行う前月10日(必着)となります。

【注意事項 変更時のみ】

※変更箇所のみ記入ではなく、全ての項目の記入が必要です。

※法人名変更に伴い、印鑑登録印が変更になる場合は、印鑑証明書(原本・発行から3カ月以内)の添付が必要になります。

## 記載項目

項目	記載内容
提出日	「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出（送付）した日を記入する。
開設者 法人住所	事業所の開設者の法人住所を記入する。
開設者 法人名	事業所の法人名を記入する。
開設者 役職	代表者の役職の記入をする。
開設者 代表者名	事業所の開設者の代表者名を記入する。
印鑑登録印（法人印）欄	印鑑登録されている印鑑を押印をする。みなし事業所（ <u>医科・歯科・調剤</u> ）で法人以外の方も押印。
<b>事業所番号</b>	<b>医科は271、歯科は273、薬局は274の後ろに保険医療機関(薬局)番号を記入する。</b>
郵便番号	郵便番号を記入する。
事業所所在地	事業所所在地の名称を記入する。
事業所名称	事業所の名称を記入する。
T E L	電話番号を記入する。
F A X	F A X 番号を記入する。
請求者名（漢字）	請求者の名称（法人名・役職名・代表者名）を記入する。 開設者と同じ場合は記入不要。開設者と異なる場合には委任状が必要です。
振込先（金融機関コード）	介護給付費等を受領するための振込先金融機関をコードで記入する。
振込先（金融機関機関名）	振込先金融機関名称を記入し、該当する金融機関の種別を○で囲む。
支店名（支店コード）	介護給付費等を受領するための振込先金融機関の本支店をコードで記入する。
支店名	振込先金融機関の本支店名称を記入し、本支店の別を○で囲む。
<u>口座番号（口座種別）</u>	<b><u>振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。</u></b>
口座番号	振込先金融機関の口座番号を右詰で記入する。
<b>カナ名義</b>	介護給付費等を受領する受領者（口座名義人）の名称をカナで記入する。 <b>※フリガナではございません。通帳の見開きに記載されているカナ名義を記入します。</b>
漢字名義	介護給付費等を受領する受領者（口座名義人）の名称を記入する。 開設者と異なる場合には委任状が必要です。
届出理由	届出の理由に該当する番号を○で囲む。（複数選択可） ※「4：その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入する。
<b>異動年月</b>	<b><u>届出の内容が有効となる請求（提出）年月を記入する。</u></b> <b><u>（令和〇年5月からサービス開始の場合は「令和〇年6月請求分」と記入）</u></b> <b><u>【 振込先情報の変更について 】</u></b> <b><u>令和〇年7月振込分から変更する場合、「令和〇年6月請求分」と記入し、提出期限は令和〇年6月20日必着になります。</u></b>
請求媒体	介護給付費等の請求に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。（複数選択不可）
代理請求欄	インターネット請求で代理請求をご検討されている方は、ありを○で囲む。
担当者名	この届に関しての担当者名を記入する。
TEL	担当者の電話番号を記入する。