

新規指定事業所  
記載例

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月

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。

原則、法人の実印を押印お願いします。  
※みなし事業所（医科・歯科・調剤）で法人以外の方は開設者の個人印を押印。

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	株式会社大阪介護
	役職	代表取締役
	代表者名	介護 太郎

※みなし事業所（医科・歯科・調剤）開設者欄及び印鑑欄について、代表者名のみを記入し、届出されている印を押印してください。

印鑑登録印  
(法人印)

Point  
こちらに押印いただいた印鑑が、介護保険に係る連合会届出印として登録されます。今後連合会へ介護保険に係る各種届出書類や申請書等を提出する際はこちらの印鑑が必要になります。特に、代理請求を検討されている場合、代理請求委任状にはこちらに押印いただいた印鑑が必要となります。

事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 0 0	郵便番号	000-0000
-------	---------------------	------	----------

事業所所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇ビル2F
--------	------------------------

事業所名称	〇〇〇事業所
-------	--------

TEL	00-0000-0000	FAX	
-----	--------------	-----	--

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

請求者名もしくは受領者（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 0 0 0	〇〇〇
-----------------	---------	-----

支店 (名・コード)	0 0 0	〇〇〇
---------------	-------	-----

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

口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0	※右詰めで記入
------	-----------------	---------

カナ名義	カオオサカカゴ
------	---------

漢字名義	株式会社大阪介護 代表取締役 介護 太郎
------	----------------------

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

1 新設	令和 7 年 4 月 請求分
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	
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)
------	-------------------------------------

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。

担当者名	事務担当 介護 次郎	TEL	000-0000-0000
------	------------	-----	---------------

Point  
法人口座ができていない等の理由により個人口座を指定する場合は委任状と印鑑証明書（原本）が必要になります。

連合会へ請求を開始する年月を記入。

代理請求を検討している場合は「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。

Point  
〇の有無によって代理請求ができたりできなかったりするものではなく、あくまで本会処理の参考のための項目になります。

カナ名義は、通帳見開きページに記載のカタカナとおり記入してください。  
漢字名義は、通帳の表紙に記載の正式名義を記入してください。

Point  
環境が整うまではCDで請求し、準備が出来次第インターネットに移行する場合等は「7.インターネット」を選択してください。

本届出に関するご担当者様のお名前と連絡先の記載をお願いします。  
本届出に不備や確認事項が生じた場合にご連絡することがあります。

【注意事項】

- ※ 「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。(コピーは受付不可)
- ※ 黒色のボールペンで記入してください。  
なお、フリクション等の「消せるボールペン」はその性質から改ざんが容易であることや、長期保管に適していないため、受付することができません。
- ※ 書き損じ等により訂正する場合は訂正箇所には二重線を引き、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です。)
- ※ みなし指定事業所(医科・歯科・調剤)で個人開設の場合、開設者欄は開設者名のみ記入し、開設者の個人印の押印をお願いします。
- ※ 提出期限は、請求月の前月20日(土日祝の場合前営業日)必着となります。  
ただし、インターネット請求で「代理請求」をされる場合は、請求月の前月10日(土日祝の場合前営業日)必着となります。  
期限を過ぎますと、「電子請求登録結果に関するお知らせ」(インターネット請求用のID・仮PW等が記載された書類)の送付が遅れ、次月の請求に間に合わない場合がありますのでご留意願います。

(新規事業所向け) 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」を国保連合会へ提出(送付)する日を記入する。
開設者	法人住所	大阪府・市町村等へ申請し、指定を受けた際の法人住所・法人名・役職・代表者名を記入する。
	法人名	
	役職	
	代表者名	
印鑑登録印(法人印)欄		原則として、法人の実印を押印する。 みなし事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方は開設者の個人印を押印。 なお、本項目に押印された印鑑が、介護保険に係る連合会届出印として登録される。
事業所番号		大阪府・市町村等より指定を受けた際の介護保険の10桁の事業所番号を記入する。 <b>みなし事業所の場合、医科は271、歯科は273、薬局は274の後ろに7桁の保険医療機関(薬局)番号を加えた、計10桁の事業所番号を記入する。</b>
郵便番号		大阪府・市町村等へ申請し、指定を受けた際の郵便番号・所在地・名称を記入する。
事業所所在地		
事業所名称		
TEL		事業所の電話番号を記入する。
FAX		事業所のFAX番号を記入する。
請求者名		開設者と同じ場合記入不要。 開設者と異なる場合のみ請求者の名称(法人名・役職名・代表者名)を記入し、委任状と併せて提出する。
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。
	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。
	口座種別	振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。
	口座番号	振込先金融機関の口座番号を <b>右詰</b> で記入する。
	カナ名義	介護給付費等を受領する受領者(口座名義人)の名称をカナで記入する。 <b>※フリガナではなく、通帳の見開きに記載されているカナ名義を記入する。</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。 なお、開設者と異なる場合には委任状が必要となる。
届出理由		「1」を○で囲む。 ※事業所番号が変更になった場合も「1:新設」を選択する。
異動年月		届出の内容が有効となる請求(提出)年月を記入する。 (例:令和7年4月からサービス開始の場合は「令和7年5月請求分」と記入)
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) なお、選択がない場合はインターネットとして登録される。
代理請求欄		インターネット請求で代理請求を検討している場合は、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		この届に関しての担当者の電話番号を記入する。(携帯電話等の番号でも可)