

介護給付費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者 住所

氏名

印

介護給付費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												
法人 種別	経営 主体				連 合 会 使 用 欄							
フリガナ			郵便 番号									
(請求先) 事業所 名称			TEL									
			FAX									
フリガナ			振込先									
所在地			支店名							支店		
			口座 番号	普通 当座 その他								
フリガナ			フリガナ									
請求者			(口座名義人) 受領者									
	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							
1	新設		年 月 請求分より		※摘要							
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更											
3	請求方法の変更											
4	振込先及び口座番号の変更											
5	その他()											
請求 媒体	1. 伝送 (接続先電話番号)		2. 磁気(MO)		3. 磁気(MT)		4. 磁気(FD)		5. 帳票			
Eメール												
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												
備 考												

※届出理由により、各種添付書類が必要となりますので、記載要領を確認のうえ添付してください。
 (届出理由が「1.新設」の場合は必ず通帳のコピー及び印鑑証明書を添付願います。また、開設者、
 請求者及び受領者(口座名義人)が異なる場合は委任状も提出して下さい。)

< 「介護給付費の請求及び受領に関する届」記載要領 >

提出日

「介護給付費の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出（送付）した日を記載する。

開設者の住所・氏名

事業所の開設者の住所及び氏名（法人名）を記載し、押印する。

印については、法人の場合は「法務局に届出済の法人実印」を押印する。

また、個人で開設している場合は、「代表者個人の実印」を押印する。

事業所番号

- ・ 保険医療機関・保険薬局

「みなし指定」の規定が適用され、介護保険の指定事業所として指定される事業所番号を記載する。

・ 医科の保険医療機関（081 + 保険医療機関コード）

・ 歯科の保険医療機関（083 + 保険医療機関コード）

・ 保 険 薬 局（084 + 保険薬局コード）

} 10桁の事業所番号となります。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町村）より指定（指令書による）された事業所番号を記載する。（茨城県内で指定を受けた場合、「08」で始まる10桁の番号となります。）

（請求先）事業所名称及びフリガナ

- ・ 保険医療機関・保険薬局

関東信越厚生局茨城事務所へ届出し受理された保険医療機関又は保険薬局の名称を記載し、読み方をカタカナで記載する。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町村）より指定（指令書による）された事業所名称を記載し、読み方をカタカナで記載する。

所在地及びフリガナ

- ・ 保険医療機関・保険薬局

関東信越厚生局茨城事務所へ届出し受理された保険医療機関又は保険薬局の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載する。

- ・ 介護保険事業所

介護保険の事業所として行政（県または市町村）より指定（指令書による）された事業所の所在地を記載し、読み方をカタカナで記載する。

請求者及びフリガナ

請求者（法人の代表者の職氏名）を記載し、読み方をカタカナで記載する。

請求者が開設者と異なる場合は委任状が必要となります。

郵便番号・TEL・FAX

事業所所在地の郵便番号、事業所の電話番号及びFAX番号を記載する。

振込先（金融機関）

振込先金融機関コード（４桁）及び金融機関の名称を記載する。

ゆうちょ銀行を指定する場合は金融機関コード「９９００」が割り当てられています。

支店名

振込先金融機関本支店コード（３桁）及び本支店の名称を記載する。

ゆうちょ銀行を指定する場合は、全銀協のシステム接続用として「記号（５桁）」を「支店コード（３桁）」に変換したコードを記載してください。

口座番号

振込先金融機関口座の種別（普通・当座・その他）を で囲み、口座番号を右詰めで記載する。

ゆうちょ銀行を指定する場合は、全銀協のシステム接続用として「番号（８桁）」を「口座番号（７桁）」に変換したコードを記載してください。

受領者（口座名義人）及びフリガナ

通帳に記載されている口座名義人を省略せずに記載し、預金通帳の写しを添付する。（通帳の表紙と表紙裏のコピー）

なお、当座預金等で通帳が存在しない場合は、「預金口座証明書」に金融機関の確認印を受ける必要があります。

また、開設者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、委任状及び印鑑証明書が必要となりますが、事業所が市町村等の公設の場合や、定款に会計責任者の設置が明記されている場合は、委任状は必要ありません。

届出理由

該当する番号を で囲む。「５．その他」を選んだ場合は、カッコ内に理由を記載する。

異動年月

実際に請求を初めて行う年月を記載する。

例：平成２１年４月サービス分を平成２１年５月に初めて請求する場合
「２１年５月」と記載する。

請求媒体

介護給付費の請求に使用する媒体に該当する番号を で囲む。

（「１．伝送」を選択した場合は、契約しているＩＳＤＮの電話番号を記載する。）

Eメール

事業所においてEメールアドレスを設定している場合に記載する。

旧事業所番号及び同意欄

市町村合併、法人化等で新たな事業所として指定され、且つ旧事業所で介護保険の請求があった場合、旧事業所での支払と新事業所での支払を合算することが可能です。支払の合算を希望する場合は、「旧事業所番号」及び「支払の合算の同意」欄に記載願います。

<添付書類>

届出理由により添付書類が異なりますので、次の表を参照して忘れずに添付して下さい。

	添付書類	届出理由				
		1.新設	2.請求者及び受領者(口座名義)の変更	3.請求方法の変更	4.振込先及び口座番号の変更	5.その他
開設者と請求者及び受領者(口座名義)が同一の場合	印鑑証明書		-	-	-	-
	委任状	-	-	-	-	-
	預金通帳の写し			-		-
開設者と請求者が異なる場合	印鑑証明書			-		
	委任状			-		
	預金通帳の写し			-		
開設者と受領者(口座名義)が異なる場合	印鑑証明書			-		
	委任状			-		
	預金通帳の写し			-		
開設者と請求者及び受領者(口座名義)が異なる場合	印鑑証明書			-		
	委任状			-		
	預金通帳の写し			-		

届出理由4,5において、開設者、請求者及び受領者(口座名義)が前回の届出(内容)と変更がない場合は、印鑑証明書及び委任状の提出は必要ありません。

<注意事項>

- (1) 提出後において記載内容に変更が生じる場合は、その都度、本会に届出を提出してください。
- (2) 貴事業所にて、届出の控え(コピー)を、必ず保管しておいてください。
- (3) その他、不明な点等がございましたら、本会までご連絡ください。

<連絡先>

茨城県国民健康保険団体連合会(略称:茨城県国保連合会)

住所 〒310-0852 水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内

TEL 029-301-1567(介護保険課直通)

FAX 029-301-1580(介護保険課直通)

Eメールアドレス kaigo@ibaraki-kokuhoren.or.jp

ホームページアドレス <http://www.ibaraki-kokuhoren.or.jp/>

介護給付費の請求及び受領に関する届

記載例

平成 年××月 日 提出

茨城県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

開設者 住所 茨城県水戸市笠原町 9 7 8 - 2 6
 社会福祉法人 会
 氏名 理事長 介 護 太 郎 印

介護給付費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。

印は、法人の場合は、法人実印（法務局届出印）、個人の場合は、個人実印を押印願います。

事業所番号	0 8 × × × × × × ×																							
法人種別			経営主体																					
フリガナ	カイゴサービスジギョウシヨ		郵便番号	-																				
(請求先)事業所名称	介護サービス事業所		TEL	×××-×××-××××																				
			FAX	- -																				
フリガナ	イバラキケンミトシカサハラチヨウ		振込先	9	9	9	9	介護銀行																
所在地	茨城県水戸市笠原町 9 7 8 - 2 6		支店名	9	9	9	国保支店																	
			口座番号	普通	当座	その他	1	2	3	4	5	6	7											
フリガナ	リジチヨウ カイゴ タロウ		フリガナ	シカイクカホジツン		カイ リツ チヨウ カイゴ タロウ																		
請求者	理事長 介 護 太 郎		(口座名義人)受領者	社会福祉法人 会 理事長 介 護 太 郎																				
	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																			
①	新設																							
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更																							
3	請求方法の変更																							
4	振込先及び口座番号の変更																							
5	その他()																							
請求媒体	① 伝送 (接続先電話番号)																							
	2 . 磁気(MO)		3 . 磁気(MT)		4 . 磁気(FD)		5 . 帳票																	
Eメール																								
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																								
備 考																								

届出理由により、各種添付書類が必要となりますので、記載要領を確認のうえ添付してください。
 (届出理由が「1.新設」の場合は必ず通帳のコピー及び印鑑証明書を添付願います。また、開設者、請求者及び受領者(口座名義人)が異なる場合は委任状も提出して下さい。)