

「介護給付費等の請求及び受領に関する変更届」記入要領

《留意事項》

- ・島根県等に届出を行った項目については、届出どおりに記入してください。
- ・記入事項を訂正される際は必ず訂正印を押印ください。
- ・記入事項に不備がある場合は、届出を返送しますので提出前に十分確認いただきま
すようお願いします。

1. 記入箇所

別紙の項番①～⑥は、すべて記入してください。

変更箇所に応じて、次表の該当箇所に記入してください。

変更箇所	記入箇所
1 振込先にかかる変更 (ア 請求者及び口座名義の変更)	⑦～⑨、⑬
振込先にかかる変更 (イ 振込先及び口座番号の変更)	
2 請求媒体の変更	⑭、⑮
3 旧事業所との支払合算	

2. 記入要領

①提出年月日

届出を提出する年月日を記入してください。

②開設者住所・氏名

事業所の開設者住所、氏名を記入し、押印してください。

③事業所番号

事業所番号（10桁）を記入してください。

④事業所名称（フリガナ）

事業所名称をカタカナで記入してください。

⑤事業所名称

事業所名称を記入してください。

⑥変更箇所（複数選択可）

変更箇所1～3の内、該当する番号を○で囲んでください。

「1 振込先にかかる変更」を選択した場合はアまたはイを○で囲んでください。

⑦変更年月

届出内容が有効となる年月を記入してください。

例) 令和7年5月提出分（令和7年4月サービス提供分）から変更する場合

※提出月の翌月の受領となります。

→「令和7年6月受領分から」と記入してください。

⑧フリガナ

請求者の名称をカタカナで記入してください。

⑨請求者

請求者の名称を記入してください。

⑩振込先（金融機関コード、金融機関名）

介護給付費等を受領するための振込先金融機関コード及び金融機関名を記入してください。

⑪支店名（支店コード・本支店名）

介護給付費等を受領するための振込先金融機関支店コード及び本支店名称を記入してください。

⑫口座番号（口座種別・口座番号）

振込先金融機関口座の該当種別（普通・当座・その他）を○で囲み、口座番号を記入してください。

⑬カタカナ（通帳記載）

介護給付費等を受領する口座名義をカタカナで記入してください。

口座名義（漢字）と異なる場合がありますので、必ず通帳に記載されているカタカナを記入してください。

※支払いを行う際、重要な項目ですので、誤りのないようにお願いします。

口座名義（漢字）

介護給付費等を受領する受領者（口座名義）を漢字等で記入してください。

⑭変更年月

届出内容が有効となる年月を記入してください。

例) 令和7年5月提出分（令和7年4月サービス提供分）から変更する場合
→「令和7年5月請求分から」と記入してください。

⑮請求媒体

変更箇所「2. 請求媒体の変更」を選択した場合、介護給付費等の請求に使用する媒体について、該当する番号を○で囲んでください。

⑯変更年月

届出内容が有効となる年月を記入してください。

例) 令和7年5月提出分（令和7年4月サービス提供分）から変更する場合
※提出月の翌月の受領となります。
→「令和7年6月受領分から」と記入してください。

⑰支払合算

旧事業所番号欄に記入した事業所への支払いについて、当該事業所の支払いとの合算に同意する場合に、住所、氏名を記入し、押印してください。

⑱旧事業所番号

⑰で同意した場合に旧事業所番号を記入してください。

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届

①

年 月 日 提出

島根県国民健康保険団体連合会

理事長 山本 浩章 様

開設者 住所

氏名

②

印

介護給付費等の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、届出いたします。

③ 事業所 番号	3 2							フリガナ	④
									⑤ 事業所名称

⑥ 変更 箇所	1 振込先にかかる変更 (ア 請求者及び口座名義の変更 イ 振込先及び口座番号の変更)
	2 請求媒体の変更 3 旧事業所との支払合算

※該当する変更箇所に○をつけ、変更内容を以下に記入してください。

1 振込先にかかる変更

⑦ 変更年月	年 月 受領分から		
⑧ フリガナ			
⑨ 請求者			
⑩ 振込先	銀行コード	⑪ 支店名	支店コード
⑫ 口座 番号	普通・当座・その他	⑬ 口座 名義	力タカナ (通帳記載)
			漢字

2 請求媒体の変更

⑭ 変更年月	年 月 請求分から
⑮ 請求 媒体	7. 伝送(インターネット) 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票

3 旧事業所との支払合算

⑯ 変更年月	年 月 受領分から		
支 払 合 算	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	旧事業所番号
	⑰		⑯

「個人情報の取扱いについて」

提供いただく個人情報は、介護給付費の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、給付費の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。

なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者（TEL：0852-21-2113）が有します。

（お問い合わせ窓口）

〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話：0852-21-2122