

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届

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 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。

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

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

変更年月	年 月 受領分									
フリガナ										
請求者										
振込先	銀行コード				支店名			支店コード		
口座 番号	普通・当座・その他					口座 名義	カタカナ (通帳記載)			
							漢字			

2 請求媒体の変更

変更年月	年 月 請求分									
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

変更年月	年 月 受領分									
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。								旧事業所番号	
	住所 氏名								印	

「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 介護保険課 介護福祉係 電話:0852-21-2122