

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届 <記入例>

令和3年7月7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 介護市介護1-2-3

請求者及び口座名義の変更の場合

氏名 介護 太郎 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	7	7	7	7	7	7	7	フリガナ	シマネカイゴステーション
										事業所名称	島根介護ステーション

変更 箇所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 振込先にかかる変更	<input checked="" type="checkbox"/> (ア) 請求者及び口座名義の変更	<input type="checkbox"/> イ 振込先及び口座番号の変更
	<input type="checkbox"/> 2 請求媒体の変更	<input type="checkbox"/> 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	令和3年 8月 受領分から										
フリガナ	カブシキガイシャ シマネカイゴステーション ダイヒョウ カイゴ タロウ										
請求者	株式会社 島根介護ステーション 代表 介護 太郎										
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)	カ)シマネカイゴステーション				
						漢字	株式会社 島根介護ステーション 代表 介護 太郎				

2 請求媒体の変更

変更年月	年	月	請求分から								
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。										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

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届 <記入例>

令和3年7月7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 介護市介護1-2-3

旧事業所との支払合算の場合

氏名 介護 太郎 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	7	7	7	7	7	7	7	フリガナ	シマネカイゴステーション
										事業所名称	島根介護ステーション

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 <input type="radio"/> 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 受領分から											
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 請求分から										
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	令和3年8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。										旧事業所番号
	住所	介護市介護1-2-3									327777778
	氏名	介護 太郎 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

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届 <記入例>

令和3年7月7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 介護市介護1-2-3

振込先及び口座番号の変更の場合

氏名 介護 太郎 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	7	7	7	7	7	7	7	フリガナ	シマネカイゴステーション
										事業所名称	島根介護ステーション

変更 箇所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 振込先にかかる変更 (ア 請求者及び口座名義の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 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	令和3年 8月 受領分から												
フリガナ													
請求者													
振込先	銀行コード				介護銀行				支店名	支店コード			駅前支店
	9	9	9	9					8	8	8		
口座 番号	普通・当座・その他						口座 名義	カタカナ (通帳記載)					
	6	6	6	6	6	6		漢字					

2 請求媒体の変更

変更年月	年 月 請求分から										
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。										旧事業所番号	
	住所										印	
	氏名											

「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

介護給付費等の請求及び受領に関する変更届 <記入例>

令和3年7月7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 介護市介護1-2-3

請求媒体の変更の場合

氏名 介護 太郎 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	7	7	7	7	7	7	7	フリガナ	シマネカイゴステーション
										事業所名称	島根介護ステーション

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 受領分から										
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	令和3年 7月 請求分から										
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。										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