

介護給付費等の請求及び受領に関する届

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		TEL	
フリガナ		FAX	
事業所 名称		振込先	
郵便 番号		支店名	
所在地		口座 番号	普通 当座 その他
フリガナ		カタカナ (通帳記載)	
請求者		口座名義 (漢字)	
届出理由(該当番号に○をつけてください)		請求年月	
1	新設	年 月 請求分から	
5	旧事業所との支払合算	年 月 受領分から	
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		
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
備 考			

「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