

介護給付費等の請求及び受領に関する届

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。

事業所 番号	③	TEL	⑩			
フリガナ	④	FAX	⑪			
事業所 名称	⑤	振込先	⑫			
郵便 番号	⑥	支店名	⑬			
所在地	⑦	口座 番号	普通 当座 その他	⑭		
		カタカナ (通帳記載)	⑮			
フリガナ	⑧	口座名義 (漢字)	⑯			
請求者	⑨	口座名義 (漢字)	⑰			
⑰ 届出理由(該当番号に○をつけてください)		⑱ 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				
⑲ 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	⑳	印				㉑
氏名						
備考	㉒					

「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