

介護給付費の請求に関する変更届

年 月 日提出

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 様

開設者	住所	
	氏名	印
	電話番号	

次の事業所に関し、下記の通り記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所番号									
事業所名									
電話番号				担当者					

請求方法(媒体)の変更【平成 年 月提出分より】

① 伝送(インターネット)

② 伝送(ISDN) (接続先電話番号) ※接続先電話番号を必ず記載してください。

③ CD-R

④ FD

⑤ 紙(帳票)

※請求方法を○で囲んでください。

※ISDN回線の接続先の電話番号を変更される場合は当月請求分の結果の受信について以下のどちらかに○をつけてください。

() 変更前の番号での受信を希望

() 変更後の番号での受信を希望

※インターネットでの初回の請求の審査結果を受け取るまでは、念のため「ISDN回線」を解約しないでください。