

介護給付費等の請求及び受領に関する書類等の取扱いについて

<新規事業所の場合>

三重県より本会に対し通知が届き次第「介護給付費等の請求及び受領に関する届」等を送付いたしますので、記載例を参考にしてすべてご記入いただき、本会介護保険課宛に**郵送**でご返送ください。

なお、振込み処理を正確に期するため、**通帳のコピー等振込先の確認ができる書類を添付してください。**

また、介護給付費等を伝送で請求される事業所は別紙「**電子情報処理組織又は光ディスク若しくはフレキシブルディスクによる請求に関する届**」に所要事項を記載の上、併せてご返送ください。

<変更の場合>

○当ホームページより届出用紙をプリントアウトしてご使用ください。

○以前にいただいております届出と差替えますので**変更箇所以外も全てご記入下さい。**

○振込先を変更される場合、振込月の**前月20日まで**に届出の提出をお願いします。

※例：5月振込分（4月請求分）より変更を行いたい場合は4月20日〆切

口座の変更手続きを先に行われた場合、振込ができない場合がありますのでご留意ください。なお、振込み処理を正確に期するため、**通帳のコピー等振込先の確認ができる書類を添付してください。**

<記入における留意点>

1. 「事業所名称」、「開設者氏名」、「所在地及び TEL・FAX」は県への届どおりにご記入ください。右上開設者欄には会社名または法人名・代表者名を記入してください。
2. 「口座名義人」欄は通帳どおり全てご記入ください。
3. 「請求者」欄は役職名及び代表者氏名までご記入ください。
4. 事業所の開設者と介護報酬の請求及び受領者が異なる場合は、**委任状**が必要となります。また、委任者の変更がある場合は、**委任解除届**も必要となりますので合わせてご提出ください。
5. 介護サービスの請求は、一部の例外規定を除き、原則電子請求となっております。
※介護保険法及び介護報酬の解釈にも伝送または磁気媒体での請求を行うこととなっております。

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井 利克 様

開設者 住所
氏名



介護給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号																																					
法人 種別		経営 主体																																			
フリガナ			郵便 番号			連 合 会 使 用 欄																															
(請求先) 事業所 名称			TEL																																		
フリガナ			FAX																																		
所在地			振込先	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																	
フリガナ			支店名	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																	
フリガナ			口座番号	<table border="1"> <tr> <td>1:普通</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2:当座</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>9:その他</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1:普通										2:当座										9:その他											
1:普通																																					
2:当座																																					
9:その他																																					
請求者			フリガナ																																		
	届出理由(該当番号に○をつけてください)		異動年月		旧事業所番号																																
1	新設		年 月請求分より		※摘要																																
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更																																				
3	請求方法の変更																																				
4	振込銀行及び口座番号の変更																																				
5	その他()																																				
請求 媒体	1. 伝送(インターネット) 2. 磁気(FD・CD) 3. 帳票																																				
備 考																																					
振込先変更の場合 年 月末振込み分より変更																																					

記入例

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井 利克 様

開設者 住所 〒514-0000 津市桜橋〇丁目△番地
氏名 社会福祉法人〇〇会こくほ介護事業所 (印)
代表 国保 太郎

介護給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届

事業所番号		経営主体	記入不要		連合会使用欄	記入不要
法人種別	記入不要					
フリガナ	コクホカイゴジギョウシヨ	郵便番号	514-△△△△			
(請求先)事業所名称	こくほ介護事業所	TEL	059-△△△-6500			
		FAX	059-△△△-4166			
フリガナ	ツシサクラバシ〇チョウメ△ハンチ	振込先	9 9 9 9 コクホ銀行			
所在地	津市桜橋〇丁目△番地	支店名	9 9 9 桜橋支店			
		口座番号	1:普通 2:当座 9:その他 9 9 9 9 9 9 9			
フリガナ	コクホ タロウ	フリガナ	7)〇〇会 〇〇会 〇〇会 〇〇会 〇〇会 〇〇会			
請求者	国保 太郎	(口座名義)受領者	社会福祉法人〇〇会こくほ介護事業所 代表 国保 太郎			
	届出理由(該当番号に○をつけてください)	異動年月	旧事業所番号			
1	新設					
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	令和 1 年 5 月請求分より	※摘要	記入不要		
3	請求方法の変更					
4	振込銀行及び口座番号の変更					
5	その他()					
請求媒体	1. 伝送(インターネット) 2. 磁気(FD・CD) 3. 帳票					
備考	振込先変更の場合、令和 1 年 6 月末振込み分より変更					

県に届出されたとおりに開設者(申請を行った事業者)の住所・氏名(会社名等・役職名を含む)を記入。印はシャチハタ不可。

県に届け出た電話番号およびFAX番号を記入

介護給付費を受領する為の振込先金融機関および本支店のコード番号と名称を記入

県に届け出た事業所の住所を記入

通帳に記載のとおり記入

事業所番号が変更となる場合で、旧事業所番号の請求・過誤がある場合、当届の事業所から相殺してよい場合に記載

代表者の役職および氏名を記入

介護給付費の請求に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。(複数選択不可)
※「3. 帳票」を選択される場合は、「免除届出証」の提出が必要となります。詳細については下記注意事項をご参照ください。

振込先を変更する場合は、こちらをご記入ください。

注意事項

- ★新規の場合は、記載されている名称等を確認したうえ空欄部分を記入してください。
- ★変更の場合は、変更箇所だけではなく記入不要欄以外すべて記入してください。
- ★開設者と請求者、開設者と受領者が異なる場合は、それぞれ委任状の提出が必要となります。なお、委任の解除または委任(受任)者変更の場合は、委任解除届の提出が必要となります。
- ★平成30年4月1日以降、介護事業所は一部の例外を除いて書面での請求は行えず、原則として伝送または電子媒体で請求を行うこととされています。そのため、貴事業所が一部の例外に該当する介護事業所であり、書面による請求を行う場合は、「免除届出書」も併せてご提出ください。

委 任 状

をもって代理人と定め 年 月サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） から下記の権限を委任いたします。

記

委任事項

1. 介護給付費の請求に関すること。
1. 介護給付費の受領に関すること。

年 月 日

委任者 住 所
名 称
開設者

印

上記の件承諾いたしました。

受任者 住 所
氏 名

印

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

《記入例》

委 任 状

受任者となる方（個人名もしくは法人代表者名）をご記入ください。

をもって代理人と定め 年 月 サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） から下記の権限を委任いたします。

委任事項

1. 介護給付費の請求に関する事。
1. 介護給付費の受領に関する事。

記

請求のみ、又は、受領のみを委任される場合は、該当しない一方を二重線で消去してください。

年 月 日

委任者 住 所
名 称
開設者

変更があった場合は、新しく開設者に就任された方を、変更がない場合は、以前からの開設者の方をご記入ください。

印

上記の件承諾致しました。

受任者 住 所
氏 名

変更があった場合は、新しく請求、受領を委任された方を、変更がない場合は、以前から委任されている方をご記入ください。

印

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井 利 克 様

受任者となる方（個人名もしくは法人代表者名）の印鑑を押印してください。

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

委任解除届

をもって代理人と定め下記の権限を委任しておりましたが、 年 月
サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） からその委任を解除いたしますので、
連署のうえお届けします。

記

委任事項

1. 介護給付費の請求に関する事。
1. 介護給付費の受領に関する事。

年 月 日

委任者 住 所

名 称

開設者

印

上記の件承諾いたしました。

受任者 住 所

氏 名

印

三重県国民健康保険団体連合会

理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

《記入例》

委 任 解 除 届

受任者の方をご記入ください。をもって代理人と定め下記の権限を委任しておりましたが、 年 月 サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） からその委任を解除いたしますので、連署のうえお届けします。

記

委任事項

- 1. 介護給付費の請求に関すること。
- 1. 介護給付費の受領に関すること。

請求のみ、又は、受領のみを委任される場合は、該当しない一方を二重線で消去してください

年 月 日

委任者 住 所
名 称
開設者

以前からの開設者の方をご記入ください

※以前に委任状へ押印している印鑑と同じもので押印してください。

印

上記の件承諾いたしました。

受任者 住 所
氏 名

変更があった場合、以前請求、受領を委任されていた方を、変更がない場合は、現在委任されている方をご記入ください。

印

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。