

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>

三重県等指定権者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全てご記入いただき、本会保健介護福祉課宛に**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>

○本会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：6月振込分（5月請求分）より変更を行いたい場合は5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注意ください。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」は県等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・役職名及び代表者名をご記入ください。
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名をご記入ください。
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併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

令和 年 月 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 鈴木 健一 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							連 合 会 使 用 欄							
フリガナ						郵便 番号										
(請求先) 事業所 名称						TEL										
						FAX										
フリガナ						振込先										
所在地							支店名									
						口座番号	1:普 通 2:当 座 9:その他									
フリガナ						フリガナ										
請求者						(口座名義人) 受領者										
	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					令和 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(CD) 3. 帳票															
備 考																
振込先変更の場合令和 年 月末振込み分より変更																

記入例

記載例の赤字の部分は、全ての項目をご記載ください

介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和 7 年 5 月 1 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 鈴木 健一 様

〒514-0000
開設者 住所 三重県津市桜橋口丁目○番地
社会福祉法人○○会
氏名 代表取締役 国保 太郎 印

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。

10桁の事業所
番号を記入

事業所の名称
を記入

事業所の住所
を記入

請求時に代表となる方の
役職名・氏名を記入

「請求方法の変更」は
「電子情報処理組織
または…」の届を併せ
て提出

振込先を変更する場合、請求月の翌月振込み分から変更
可能。
例) 令和7年6月請求分 → 令和7年7月末振込分より変更

事業所 番号	2470105555	経営 主体	記入不要	
法人 種別	記入不要	郵便 番号	514-△△△△	連 合 会 使 用 欄 記入 不 可
フリガナ	コクホカイゴジギョウシヨ	TEL	059-△△△-6500	
(請求先) 事業所 名称	こくほ介護事業所	FAX	059-△△△-4166	県に届け出た 事業所の電話 番号およびFAX 番号を記入
フリガナ	ツシサクラバン	振込先	9 9 9 9 コクホ銀行	
所在地	津市桜橋口丁目△番地	支店名	9 9 9 桜橋支店	介護給付費を受領する振込先金融機関および 支店のコード番号と名称を記入
		口座番号	1:普通 9 9 9 9 9 9 9 2:当座 9 9 9 9 9 9 9 9:その他	
フリガナ	ダニョウリマツリ コホ ケイ	フリガナ	カクホカイ	通帳(見開き記 載)のとおり記入
請求者	代表取締役 国保 太郎	(口座名義人) 受領者	社会福祉法人○○会	
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	令和 7 年 6 月請求分より	※摘要 記入不要	
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()			
請求方法(インターネット)		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) ※なお、「伝送」は、プロバイダーと契約する インターネットの電子メールとは異なりま すのでご注意ください。		
振込先変更の場合、令和 年 月末振込み分より変更				

★新規の場合 本会からの宛名と事業所番号をご確認のうえ、記入不要欄以外す
べて記入してください。

★変更の場合 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、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、委任解除
届(※)の提出が必要となります。

※「介護給付費等の請求及び受領に関する届」「委任状」「委任解除届」は三重県国
保連合会のホームページ(医療機関・介護保険・障害福祉サービス事業者のみな
さまへ→介護保険事業者のみなさまへ→参考資料 介護給付費の請求及び受
領に関する帳票と記載例)よりダウンロードし、ご記入ください。

委 任 状

をもって代理人と定め令和 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。

令和 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 鈴 木 健 一 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令和 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こと。
1. 介護給付費の受領に関すること。

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。

※受領に関する届に押印した印鑑と同じもので押印してください。

令和 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

上記の件承諾いたしました。

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 鈴木 健 一 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、令和 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。

令和 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 鈴木 健 一 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、令和 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、受領のみを委任解除される場合は、該当しない一方を二重線で消去してください。

令和 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 鈴木 健一 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。