

介護給付費請求書（明細書）等提出書

北海道国民健康保険団体連合会

令和 年 月 提出分

事業所番号 _____

事業所名称 _____

※提出する項目に☑を入れ、電子媒体の場合は必ず媒体枚数を記入してください。

持参 郵送・宅配便

電子媒体（ 枚）
 介護給付費（総合事業費）請求書及び明細書（給付管理票含む）

紙媒体
 介護給付費（総合事業費）請求書及び明細書（給付管理票含む）
 介護保険主治医意見書作成料（検査料）明細書等
 その他（上記以外） _____

切
り
取
り
線

※注意事項

1. 持参時

予め提出書／受領書に必要事項を記入のうえ、請求書等と併せて提出してください。

受領書は、受付時に内容を確認のうえ持参者に返却いたしません。

2. 郵送・宅配時

提出書に必要事項を記入のうえ、請求書等に同封し提出してください。

受領書は返却いたしませんのでご了承願います。

受 付 印

介護給付費請求書（明細書）等受領書

北海道国民健康保険団体連合会

令和 年 月 提出分

事業所番号 _____

事業所名称 _____

※提出する項目に☑を入れ、電子媒体の場合は必ず媒体枚数を記入してください。

持参 郵送・宅配便

電子媒体（ 枚）
 介護給付費（総合事業費）請求書及び明細書（給付管理票含む）

紙媒体
 介護給付費（総合事業費）請求書及び明細書（給付管理票含む）
 介護保険主治医意見書作成料（検査料）明細書等
 その他（上記以外） _____

3. その他

介護給付費請求書等の包装の際は、表面に「介護保険」と朱書きで記載し、「事業所番号」も記載願います。

持参受付は提出締切日の午後5時までとなります。

提出後の返却及び差し替えはできませんので、提出前に再度内容確認をお願いいたします。

◆問い合わせ先

〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目
北海道国民健康保険団体連合会
TEL 011 - 252 - 7256 介護保険担当

受 付 印