

# 請求媒体及び伝送登録変更届

令和 年 月 日

北海道国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者 住 所

名 称

代表者 印

(介護給付費等の請求及び受領に関する届使用の印(実印))

貴連合会へ提出する介護給付費請求書等に関し、請求媒体を変更いたしますので下記のとおり届けます。

事業所番号 (10桁)										
事業所名称										
担当者 電話番号					担 当 者 氏 名					
請求 媒体 区分	変更前	<input type="checkbox"/> 1.伝送 (インターネット)			<input type="checkbox"/> 2.伝送 (ISDN)			<input type="checkbox"/> 3.CD-R		
	変更後	<input type="checkbox"/> 4.FD3.5 インチ			<input type="checkbox"/> 5.MO3.5 インチ			<input type="checkbox"/> 6.帳票		
変更希望月	令和 年 月	月請求分			(令和 年 月サービス提供分から)					
備 考										

- 提出期限は、変更希望月の前月 20 日（土日祝の場合、前営業日）までです。
- 複数の事業所がある場合は、事業所番号に 1 枚ずつ作成してください。
- 例 同じ事業所名で番号が 2 種類ある場合 → 2枚作成する  
違う事業所名で番号が 1 種類ある場合 → 1枚作成する
- 伝送 (インターネット) に変更する場合、請求方法について「事業所単独」「代理人請求 (自法人)」「代理人請求 (第三者)」のいずれかを選択してください。
- 変更希望月は、変更後の請求媒体で介護給付費等の請求を行う初めての月を記載してください。  
➤ 例 5月サービス提供分から変更する場合 → 6月請求分から