

**国保連合会への提出物**

提出物	チェック
<b>必須！</b> 介護給付費等の請求及び受領に関する届	<input type="checkbox"/>
<b>必須！</b> 印鑑証明書（ ③開設者印でを使用した印鑑のもの ）	<input type="checkbox"/>
<b>必須！</b> 口座の通帳写し（※1） ・表紙 ・表紙の裏面（口座名義人がカタカナで表記されているページ）	<input type="checkbox"/>
委任状（※2）	<input type="checkbox"/>

**（※1）口座の通帳写しについて**

次に示す項目が確認できるものを提出してください。ひとつでも確認できない場合は、振込ができず、介護給付費等の支払ができません。

紙媒体の通帳が無い場合（ネット銀行の場合や、Web通帳のみ利用されている場合）は、同項目が確認できるものを印刷して提出してください。

- ・金融機関名称
- ・金融機関コード（4桁）
- ・本支店名称
- ・本支店コード（3桁）
- ・口座の種別（普通・当座・その他）
- ・口座番号
- ・口座名義人
- ・口座名義人（カタカナ）

**（※2）委任状について**

「介護給付費等の請求及び受領に関する届」において、「開設者」と、「請求者」又は「受領者（口座名義人）」が異なる場合に提出が必要になります。

記載例

国保連←事業所

介護給付費の請求及び受領に関する届

熊本県国民健康保険団体連合会

理事長 様

令和5年1月1日 提出

開設者 住所 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号  
氏名 株式会社 熊本国保  
代表取締役 国保太郎

開設者印

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。

4	事業所番号	4311111111																			
	法人種別	記載不要		経営主体	記載不要																
5	フリガナ	クマモトコクホカイゴジギョウシヨ				郵便番号	862-8639				8	連合会使用欄	記載不可								
	事業所名称	熊本国保介護事業所				TEL	096-365-0329														
	フリガナ	クマモトケンクマモトシヒガシクケンガン				FAX	096-214-1105														
6	事業所所在地	熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号				振込先	0182 肥後銀行				9										
						支店名	101 本店営業部				10										
						口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座	9999999				11									
						<input type="checkbox"/> その他															
7	フリガナ	カブシキガイシャ クマモトコクホダイヒョウトリシマリヤクコクホタロウ				フリガナ	カ)クマモトコクホ				12										
	請求者	株式会社 熊本国保 代表取締役 国保太郎				(口座名義人)受領者	株式会社 熊本国保 代表取締役 国保太郎														
	届出理由（新設のみ）	1				異動年月	令和5年2月 請求分より				13	旧事業所番号	記載不要								
	※摘要	記載不要									支払先事業所番号	記載不要									
14	請求媒体	<input checked="" type="checkbox"/> 伝送（インターネット） <input type="checkbox"/> 磁気（FD・CD-R） <input type="checkbox"/> 帳票（主治医意見書作成料請求書のみ）の請求																			
	Eメール	記載不要																			
	備考	記載不要																			

通帳の内容と一致するよう、特に注意して記載してください。

下記項目を全て記載した上で、国保連合会に提出してください。

なお、下線部（⑨⑩⑪⑫）については、特に注意して記載してください。

① 提出日

国保連合会への提出（送付）日を記載する。（事業所指定月の月末までにご提出ください。）

② 開設者住所・氏名

事業所開設者の住所及び氏名（法人名）を記載する。

③ 開設者印

開設者が法人の場合は「法務局に登録済の法人実印」を押印する。

個人で開設している場合は「代表者個人の実印」を押印する。

公設の場合は、公印を押印する。

④ 事業所番号

介護保険事業所番号（10桁）を記載する。

⑤ 事業所名称・フリガナ

事業所名称及びフリガナを記載する。

⑥ 事業所所在地・フリガナ

事業所所在地及びフリガナを記載する。

⑦ 請求者・フリガナ

請求者（法人の代表者の職氏名）及びフリガナを記載する。

\*②の開設者と相違する場合は別途「委任状」の提出が必要です。

⑧ 郵便番号・TEL・FAX

事業所所在地の郵便番号、TEL番号及びFAX番号を記載する。

⑨ 振込先

振込先金融機関コード（4桁）及び金融機関の名称を記載する。

⑩ 支店名

振込先金融機関本支店コード（3桁）及び本支店の名称を記載する。

⑪ 口座番号

振込先金融機関口座の種別（普通・当座・その他）をチェック（）し、口座番号を右詰めで記載する。

⑫ 受領者（口座名義人）・フリガナ

通帳表紙に記載されている口座名義人を記載する。

フリガナについては、通帳表紙裏面に記載されているカタカナ表記の名称を記載する。

\*②の開設者と相違する場合は別途「委任状」の提出が必要です。

⑬ 異動年月

初めて請求を行う年月を記載する。

令和5年1月1日指定で、令和5年1月サービス分を令和5年2月に初めて請求する場合

→ 令和5年2月と記載

⑭ 請求媒体

介護給付費等の請求に使用する媒体にチェック（）する。

ただし、帳票については、主治医意見書作成料請求書のみを請求する場合があります。

問合せ及び提出先

〒862-8639

熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号

熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課  
(熊本県市町村自治会館内)

TEL 096-365-0329