

介護給付費請求方法変更届

年 月 日提出

静岡県国民健康保険団体連合会介護保険課 様

開設者 住 所
氏 名

印

事業所番号	2	2							
事業所名									
事業所所在地	〒	—							
担当者名									
電話番号	()	—					

介護給付費請求方法等について、下記のとおり変更しますので届出します。

	変更前	→	変更後
請求方法 (いずれかに○印)	伝送(インターネット)・帳票		FD又はCD
変更年月日 (記入必須)	年 月 日 変更		

※ 上記枠内をすべてご記入いただき、郵送かFAXにてご提出ください。

※ 伝送(インターネット)に変更する場合は、「インターネット請求申請書」をご提出ください。

連合会使用欄		台帳	
--------	--	----	--

静岡県国民健康保険団体連合会 業務部 介護保険課
〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号
TEL:054-253-5580 FAX:054-253-5589