

各種変更事業所
記載例

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

本会へ届出いただいている印鑑を
押印をお願いします。
※印鑑変更を伴う場合は印鑑証明書の
原本が必要となります。

開設者	法人住所	大阪市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇-〇
	法人名	株式会社大阪介護
	役職	代表取締役
	代表者名	介護 太郎

大阪府または市町村等に申請したとおりの法人住所・法人名・役職・代表者名を記入。

印鑑
(法)

印

※みなし事業所(医科・歯科・調剤)で開設者欄及び印鑑欄について、代表者名のみを記入し、届出された事業所の印鑑の押印をしてください。

事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所所在地	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇ビル											
事業所名称	〇〇〇事業所											
TEL	00-0000-0000						FAX					
請求者名	※(開設者と同じ場合は、記入不要)											

請求者名もしくは受領者(振込先)が、**開設者と異なる**場合は、記入の上、委任状及び委任者の印鑑証明書(原本)の添付が必要です。
また、その委任を解除する際は委任解除届及び委任者の印鑑証明書(原本)の添付が必要です。
委任状・委任解除届の雛形は本会ホームページからダウンロードできます。

カナ名義は、通帳見開きページに記載のカタカナと
おり記入してください。

漢字名義は、通帳の表紙に
記載の正式名義を記入して
ください。

金融機関 (名・コード)	0	0	0	0	〇〇〇	銀行	信用金庫	
支店 (名・コード)	0	0	0	〇〇〇	〇〇〇	信託銀行	信用組合	
口座種別	1:普通						2:当座	9:その他
口座番号	0	0	0	0	0	0	0	
カナ名義	カ)オオサカカイコ							Point
漢字名義	株式会社大阪介護 代表取締役 介護 太郎							口座の変更の場合、記載いただいた異動年月の請求分から変更となります。 例) 令和8年4月請求分と記載いただくと、令和8年5月支払分から新口座にお振込みいたします。

変更が発生した年月を記入してください。

振込先の変更を伴う場合は、変更したい請求月を記載してください。
(令和8年4月請求分からであれば、令和8年5月の支払分から変更されます。)

届出理由(該当番号に〇をつけてください。)	異動年月		
1 新設	令和8年4月 請求分		
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更			
3 振込銀行及び口座番号の変更			
4 その他(事業所名変更、改印)			
請求媒体	7. インターネット	2. 磁気(MO)	4. 磁気(FD・CD-R)
インターネット請求で代理請求をご検討の方は、 あり に〇をお願いします。	あり		
担当者名	事務担当 介護 次郎	TEL	000-0000-0000

本届出に関するご担当者様のお名前と連絡先の記載をお願いします。
本届出に不備や確認事項が生じた場合にご連絡することがあります。

【注意事項】

- ※ 「介護給付費等の請求及び受領に関する届」は専用用紙になります。(コピー等は受付不可)
- ※ 黒色のボールペンで記入してください。
なお、フリクション等の「消せるボールペン」はその性質から改ざんが容易であることや、長期保管に適していないため、受付することができません。
- ※ 書き損じ等により訂正する場合は訂正箇所には二重線を引く、訂正印には「印鑑登録印」を押印してください。(修正テープ等は使用不可です。)
- ※ みなし指定事業所(医科・歯科・調剤)で個人開設の場合、開設者欄は開設者名のみ記入し、開設者の個人印の押印をお願いします。
- ※ 変更が生じた箇所について変更後の情報を記入したうえで、変更が生じていない箇所も記入してください。
変更が生じていない箇所を含めた全ての項目を記入いただく必要があるため、ご注意ください。
- ※ 口座変更を伴う場合の提出期限は、支払前月の20日(土日祝の場合前営業日)必着となります。
21日以降到着分は翌々月の変更処理となりますのでご注意ください。
(例) 令和8年4月請求分(5月支払分)から変更したい場合は4月20日が提出期限となります。

(変更事業所向け) 記載項目

項目		記載内容
提出日		「介護給付費等の請求及び受領に関する届」を大阪府国保連合会へ提出(送付)する日を記入する。
開設者	法人住所	大阪府・市町村等へ申請した法人住所・法人名・役職・代表者名を記入する。
	法人名	
	役職	
	代表者名	
印鑑登録印(法人印)欄		介護保険に係る連合会届出印を押印する。 届出印が不明な場合や変更する場合は実印を押印し、印鑑証明書の原本と併せて提出する。
事業所番号		介護保険の10桁の事業所番号を記入する。 <u>みなし事業所の場合、医科は271、歯科は273、薬局は274の後ろに7桁の保険医療機関(薬局)番号を加えた、計10桁の事業所番号を記入する。</u>
郵便番号		大阪府・市町村等へ申請した事業所の郵便番号・所在地・名称を記入する。
事業所所在地		
事業所名称		
TEL		事業所の電話番号を記入する。
FAX		事業所のFAX番号を記入する。
請求者名		開設者と同じ場合記入不要。 開設者と異なる請求者に変更する場合は請求者の名称(法人名・役職名・代表者名)を記入し、委任状と併せて提出する。
振込先	金融機関コード	介護給付費等を受領するための振込先金融機関をコードで記入する。
	金融機関機関名	振込先金融機関名称を記入し、該当する金融機関の種別を○で囲む。
	支店コード	介護給付費等を受領するための振込先金融機関の本支店をコードで記入する。
	支店名	振込先金融機関の本支店名称を記入し、本支店の別を○で囲む。
	口座種別	振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。
	口座番号	振込先金融機関の口座番号を右詰で記入する。
	カナ名義	介護給付費等を受領する受領者(口座名義人)の名称をカナで記入する。 <u>※フリガナではなく、通帳の見開きに記載されているカナ名義を記入する。</u>
	漢字名義	介護給付費等を受領する受領者(口座名義人)の名称を記入する。 なお、開設者と異なる受領者に変更する場合には委任状が必要となる。
届出理由		届出の理由に該当する番号を○で囲む。(複数選択可) ※「4:その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入する。
異動年月		【法人情報・事業所情報の変更の場合】 その変更が生じた年月を記入する。 (例) 令和8年4月中に住所変更した場合、令和8年4月請求分と記入する。 【振込先情報の変更の場合】 変更したい支払月の前月(=変更したい請求月)を記入する。 (例) 令和8年4月請求分と記入し、4月20日までに提出すると、令和8年5月支払分から新口座へ支払となる。
請求媒体		介護給付費等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)
代理請求欄		インターネット請求で代理請求をしている場合は、ありを○で囲む。
担当者名		この届に関しての担当者名を記入する。
TEL		この届に関して担当者の電話番号を記入する。(携帯電話等の番号でも可)