

電子情報処理組織又は光ディスク等による請求に関する届

電子情報処理組織又は光ディスク等による請求を変更することに関し、「介護給付費等及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する命令」の規定に基づき次のとおりお届けします。

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

指定の保険者へ申請したと
おりの法人住所・法人名・
代表者名を記入。
※みなし事業所（医科・歯
科・調剤）で法人以外の方
も代表者名等を記入。

設置者 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
代表者名 代表取締役 介護 太郎

| | |
|---|--|
| 介護保険事業所番号 | 2 7 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| 介護保険事業所名称 | 〇〇〇事業所 |
| 介護保険事業所所在地 | 〒 000 - 0000 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇ビル |
| | TEL 00-0000-0000 |
| 請求年月 | 令和 8 年 4 月 請求分から |
| 請求方法 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 電子情報処理組織 (インターネット) | <input type="checkbox"/> 光ディスク等 (CD-R等) |
| 担当者名 | 事務担当 介護 次郎 |
| TEL | 000-0000-0000 |

医科は 271、歯科は 273、調剤は
274 の後ろに保険医療機関(薬局)番
号を記入する。

変更する
項目に
チェック
を入れる。