

【新規事業所向け 請求及び受領に関する届出】（最終更新：令和8年8月1日）

※詳細な記入内容・注意事項等は次のページ以降をご確認ください。

①	事業所番号	2700000000		開設者が法人の場合、担当者個人名や事業所名を記載しないよう注意！
	届出理由	新設		
②	請求者	氏名（カナ）※半角	か)オサカカゴ ※カナも必須	原則は開設法人名を記入 ※個人開設の医療機関のみ開設者
		氏名（必須）	株式会社大阪介護	
③	振込先 ?	金融機関コード（必須）	0000	口座情報を記入
		支店コード（必須）	000	
		口座種目（必須）	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	
		口座番号（必須）	0000000	
④	受領者	口座名義（カナ）※半角	か)オサカカゴ ※カナも必須	口座名義を記入
		口座名義（必須）	株式会社大阪介護 代表取締役 介護 太郎	
⑤	請求方法	請求媒体（必須）	伝送（インターネット）	
⑥	代理請求 ?	☐ 請求事務を代理人に委任する		代理請求の場合はチェック
⑦	添付ファイル ?	ファイル選択		必要に応じて添付
⑧	備考 ?	担当者：事務担当 介護次郎 連絡先：000-0000-0000		連絡先を必ず記載

※申請後、通常数日から1週間程度で「請求及び受領に関する届出結果通知」がお知らせ欄に掲載されます。

不備等があった場合は却下となるため再申請が必要となります。

申請後は必ず「請求及び受領に関する届出結果通知」にて承認状況をご確認いただくようお願いします。

提示開始日	カテゴリ	タイトル
📧 0000/00/00	請求及び受領に関する届出	請求及び受領に関する届出結果通知 →必ず確認してください！！
📧 0000/00/00	請求及び受領に関する届出	請求及び受領に関する届出受領通知

【記入・確認内容】

①事業所番号

届出を行う事業所番号が表示されていることを確認してください。

※本会では事業所番号ごとに届出の管理を行っています。

サービスごとに事業所番号を取得された場合等は事業所番号ごとに届出が必要となるため、ご注意ください。

②請求者

開設法人名及びフリガナを入力してください。

個人開設のみなし指定事業所（医科・歯科・調剤）の場合は開設者を入力してください。

なお、氏名（カナ）も必須項目となりますので、ご注意ください。

※開設者が法人の場合、担当者個人名や事業所名を記載しないようご注意ください。

※入力文字数がオーバーする場合は、入力できるところまで入力してください。

③振込先

振込先の金融機関コード・支店コード・口座種目・口座番号を入力・選択してください。

口座番号が7桁未満の場合、先頭に0を追加した7桁で入力してください。

※金融機関コードや支店コード等が不明な場合は通帳等にてご確認くださいか、ご利用の金融機関へご確認をお願いします。

④受領者

振込先の口座名義及びフリガナを入力してください。

口座名義（カナ）は通帳の見開きページ等に記載のカタカナ名義を半角で正確に入力してください。

口座名義は通帳の表紙等に記載の正式名義を全角で入力してください。

なお、口座名義（カナ）も必須項目となりますので、ご注意ください。

※口座名義（カナ）に使用できる文字は半角カナ（大文字）、数字、英大文字及び記号です。

半角カナの小文字（アイウエオヨツ）は大文字（アイウエオヨツ）で、長音「ー」はハイフン「-」で入力してください。

※法人口座名義については、可能な限り法人略語の使用をお願いします。

また、その場合はカッコの位置等にもご注意をお願いします。

例：株式会社大阪国保連	→	カ)オサカコホレン
国保連介護サービス合同会社	→	コホレンカゴサービス(ト)
一般社団法人大阪医療国保連	→	シヤ)オサカイリョコホレン

※入力文字数がオーバーする場合は、入力できるところまで入力してください。

※個人口座を指定する場合等、開設者と異なる口座を指定する場合は、委任状と印鑑証明書（発行3か月以内の原本）が、その委任を解除する際は委任解除届（又は新たな委任状）及び印鑑証明書（発行3か月以内の原本）が必要となり、別途書面で提出する必要があります。

詳細は[本会ホームページ（外部リンク）](#)の◆必要に応じて提出の必要がある書類についてをご確認ください。

また、委任状等の送付日を備考欄に記載をお願いします。

※入力した情報に誤りがあった場合、お振込みができない場合がありますので、ご注意ください。

⑤請求方法

伝送（インターネット）を選択してください。

※請求方法はインターネットのみ選択いただけますが、CDにてご請求いただいても問題ありません。

⑥代理請求

代理請求を行う場合のみチェックを入れ、HD から始まる代理人 ID を入力し、開始年月を入力してください。

代理人 ID 未取得の代理人に委任する場合は代理人の法人名を入力してください。

代理人IDまたは法人名（必須）	HD0000000000
委任開始年月（必須）	2026▼ 年 5▼ 月
委任終了年月	▼ 年 ▼ 月

※開始年月については指定月やサービス月ではなく、代理請求開始月となることにご注意ください。

※代理人 ID や開始時期等が不明な場合等については、代理人にご確認をお願いします。

※代理人の法人名を記入する場合は、ソフト名を書かないようご注意ください。

⑦添付ファイル

基本的に不要となります。

必要に応じて通帳のコピーや口座情報が分かるもの等を添付してください。

※口座名義等の確認のため、別途本会より通帳のコピー等の口座情報の添付をお願いする場合があります。

なお、事前に口座情報添付のうえ届出いただいても問題ありません。

※委任状や印鑑証明書等については紙で提出が必要なため、添付しないようお願いします。

⑧備考欄

（必須）届出に関する担当者名及び日中に連絡のつく連絡先を記入してください。（携帯電話の番号でも可）

※届出について不備や確認点が生じた場合にご連絡する場合があります。

（必要に応じて）本会へ委任状・印鑑証明書等の別途郵送物がある場合、送付（予定）日を記入してください。

★届出期限について

請求月の前月 20 日が締め切りとなります。

（ただし、遡及指定を受けたみなし指定事業所（医科・歯科・調剤）を除く。）

※提出期限に遅れると、インターネット請求・代理請求の開始に間に合わない場合や、支払が遅れる場合がありますので早急に届出をお願いします。

★その他の事項について

不備等により却下された場合等は再申請が必要となります。

申請後は必ず承認状況をご確認いただくようお願いします。

【届出に関する問い合わせ先】

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 06-6949-5446