

記載例 ①

代理人一國保連合会

管理番号 D20190901000001

2019年09月01日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン1	代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合

申請パターンが表示されます。

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9通	本書類です。必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9通	代理請求に関する申請書類の送付状です。記載内容を確認の上、送付してください。
代理人登録申請書(新規)	9通	請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)	9通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	99通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

提出する書類の数がそれぞれ記載されます。

【提出書類(添付書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。
印鑑証明書	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。

提出する書類の数をそれぞれ記入してください。

【郵送前にあわせて確認してください】

「代理人情報申請受領通知」が届いている

代理人の申請手続きには、申請書類等の提出のほか、申請情報の【送債】が必要です。申請情報が正常に送債されると、登録したメールアドレス宛、または代理人申請電子請求受付システムのお知らせに「代理人情報申請受領通知」が届きます。「代理人情報申請受領通知」が届いていない場合、申請情報が正常に送債されていないことが考えられます。お手数ですが、代理人申請電子請求受付システムより再度申請手続きをお願いいたします。

【申請書類等の提出先】

申請書類及び添付書類は、以下の提出先まで郵送してください。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111
〇〇国保市国保町9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会
〇〇〇部△△△課□□□係

行

「登記簿謄本/住民票」・「印鑑証明書」については、新規の場合、3カ月以内に発行された原本が1通ずつ必要になります。

※他県ですでに代理請求している場合も、新規扱いになりますので、提出をお願いします。

記載例 ②

代理人→国保連合会

管理番号 D201909010000001

2019年09月01日

代理請求申請書類送付状

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) リジチョウ
	理事長
氏名(必須)	(カナ) カイゴ ジロウ
	介護 次郎
郵便番号(必須)	〒111-1111
住所(必須)	(カナ) オオサカフ サンカクサンカクシ シカクシカク
	大阪府△△市◇◇1-2-3
電話番号(必須)	999-999-9999
連絡欄	担当:介護 花子までお問い合わせ下さい。 TEL 999-999-9999

担当者氏名・連絡先を記入する時は、連絡欄を使用してください。

代理人→国保連合会

管理番号 D20190901000001

受付番号

2019年09月01日

電子請求受付システム

代理人登録申請書(新規)

代理人の法人住所・法人名・代表者名を記入してください。

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

申請者 住 所 大阪府△△市◇◇1-2-3

(代理人) 法人名 △△△法人

代表者 介護 次郎

印

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

印鑑証明書と同じ法人印を押印してください。

法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) リジチョウ
	理事長
氏名 または代表者名	(カナ)カイゴ ジロウ
	介護 次郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ)オオサカフ サンカクサンカクシ シカクシカク
	大阪府△△市◇◇1-2-3
電話番号	999-999-9999
FAX番号	999-999-9999
メールアドレス	dairinin@jp
ユーザID	
	(他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)

役職がある場合は必ず役職の入力をお願いします。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

代理人→国保連合会

管理番号 D20190901000001

受付番号

2019年09月01日

電子請求受付システム 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

代理人の法人住所・法人名・代表者名を記入してください。

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

申請者 住所 大阪府△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 介護 次郎

印

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

代理人	ユーザID ※1	
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクハウジン △△△法人
	役職・部署名	(カナ) リジチョウ 理事長
	氏名 または代表者名	(カナ) カイゴ ジロウ 介護 次郎
	郵便番号	〒111-1111
	住所	(カナ) オオサカフ サンカクサンカクシ シカクシカク 大阪府△△市◇◇1-2-3
	電話番号	999-999-9999
事業所	制度	障害者総合支援
	事業所名	〇〇事業所
	事業所番号	2711111111
	ユーザID	HJ2711111111
	委任開始年月	2019年10月
	委任終了年月	
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

印鑑証明書と同じ法人印を押印してください。

役職がある場合は必ず役職の入力をお願いします。

委任開始年月は連合会に請求する年月を入力してください。

(※サービス提供年月ではありません。)
※委任開始年月の考え方については、「よくある質問」を必ずご確認ください。

委任終了年月は、必須項目ではあませんので、委任が終了する日が決まっている場合に、入力してください。

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
設定日	平成 年 月 日		

事業所	制度	介護保険
	事業所名	◇◇事業所
	事業所番号	2752222222
	ユーザID	KJ272752222222
	委任開始年月	2019年10月
	委任終了年月	
	代理人区分	同一事業者
委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	××事業所
	事業所番号	2773333333
	ユーザID	KJ272773333333
	委任開始年月	2019年10月
	委任終了年月	
	代理人区分	同一事業者
委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

記載例 ⑤

※委任状については、申請時に第三者を選択した場合のみ出力されます。
同一事業者の場合、出力されません。

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D20190901000001

2019年09月01日

委任状

委任元事業所の法人住所・法人名・代表者名を記入してください。

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

事業者 住 所 大阪府△△市◇◇1-1-1
法人名 ○○○法人 △△会
代表者 事業者 太郎

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者総合支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名	○○事業所								
	事業所番号	2	7	1	1	1	1	1	1	1
	委任期間	2019年9月～								

委任元事業所の法人印
(印鑑証明書と同じもの)を押印してください。

委任先 (代理人)	法人名	△△△法人	印
	役職・部署名	理事長	
	氏名 または代表者名	介護 次郎	

代理人の法人印 (印鑑証明書と同じもの)を押印してください。

委任事業所が介護保険事業所の場合のみ、相殺の同意文及び署名欄が表示されます。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

委任事業所の介護給付費等から証明書発行手数料を控除することに同意する場合のみ記入・押印してください。

事業者 住 所