

平成 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会
情報・介護課 介護保険係 御中

事業所番号
住 所
事業所名
代 表 者
担 当 者

印
印

事業所向け帳票出力変更届け

事業所向け帳票出力情報の変更を願いたく、届出致します。
(但し、国保連においては県への届出済みサービス種類情報のみ受諾とする)

記

変更前サービスコード ()
郵便番号 _____
住 所 _____
事業所名称 _____
電話番号 _____

変更後サービスコード ()
郵便番号 _____
住 所 _____
事業所名称 _____
電話番号 _____

◎ 変更に関する届は、毎月20日までに、当月審査分から変更となります。
(土日祝祭日の場合は繰上げ)