

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
事業所名
代表者 印

介護給付費の請求媒体変更願

介護給付費の請求及び受領に関する届において請求媒体を下記に変更願いたく、届出致します。

記

旧請求媒体

1.伝送 (— —) ※接続先電話番号
2.磁気 (MO) 3.磁気 (MT) 4.磁気 (FD) 5.帳票

↓

新請求媒体

1.伝送 (— —) ※接続先電話番号
2.磁気 (MO) 3.磁気 (MT) 4.磁気 (FD) 5.帳票

* 伝送登録処理については、事業所への登録結果通知文書を月末まで到着させるため、毎月20日をめどに設定しておりますので、伝送への変更については、送付日時にご留意ください。