介護保険主治医意見書作成料振込口座変更届

私が受領すべき介護給付費の振込金融機関口座を下記のとおり変更したいのでお届けします。

記

1	変	更	後
т.	72	<u> </u>	1/2

1. 发 更 後											
金融機関コード		預金種類	口座	番号		フ			ガ	ナ	
振込指定銀	行文店名					口	坐_	名_	義	人	
•											
·· 銀行	· ·										
到代1.1	火 //										
0 亦 東 並											
2. 変 更 前		7T A 45.WT						→	٠		
振込指定銀行	丁・支店名	預金種類	口座	番号 		口	座	名	義	人	
AD /-											
銀行	支店										
3.変更理由											
年	月	日									
沖縄県国民健康	保険団体連合	会 殿									
沖縄県国民健康	保険団体連合		7C.				1			<u> </u>	I
沖縄県国民健康	保険団体連合: 届出者	事業	所号								
沖縄県国民健康		事 業番	号								
沖縄県国民健康		事 業 番 所 在	号 地								
沖縄県国民健康		事 番 所 在 業	号 地 所								
沖縄県国民健康		事番 所 事名	号 地 所 称								
沖縄県国民健康		事 番 所 在 業	号 地 所 称								
沖縄県国民健康		事番所事名代表	号 地 所称 音名								
沖縄県国民健康		事番 所 事名	号 地 所称 音名								
沖縄県国民健康		事番所事名代担	号 地 所称 音名								
沖縄県国民健康		事番所事名代担	号 地 所称 名 : 名								
注1.所定の各	届出者 項目をすべて	事番 所 事名 代 担 連 のうえ で ま さ ま さ ま さ ま さ ま さ ま か うえ で ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま	号 地 所称 名 名 先 出 出 者 が が お				退 行		記心	欄	
注1.所定の各 場合は代	届出者 項目をすべて 表者から、そ	事番 所 事名 代 担 連 のうえ で ま さ ま さ ま さ ま さ ま さ ま か うえ で ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま	号 地 所称 名 名 先 出 出 者 が が お		†		根 行	確	認	欄	
注1.所定の各	届出者 項目をすべて 表者から、そ	事番 所 事名 代 担 連 のうえ で ま さ ま さ ま さ ま さ ま さ ま か うえ で ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま	号 地 所称 名 名 先 出 出 者 が が お		J	\$	退 行	確	認	欄	
注1.所定の各 場合は代	届出者 項目をすべて 表者から、そ	事番 所 事名 代 担 連 この	号 地 所称 名 名 先 出設 出設 が が カ	らお届り	T	1	退 行	確	認	欄	
注1. 所定の各 場合は代 願います。 注2. 届出者の 下さい。	届出者 項目をすべて 表者から、そ	事番 所 事名 代 担 連 このの 用し、 コード のの し、 日本 こう は かん こう は いん こう にん こう は いん こう にん こう は いん こう にん こう にん こう は いん こう にん こう	号 地 所称 名 名 先 出設 書 を が か る に 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	らお届い 対して	, ,	\$	退	確	認	欄	
注1. 所定の各 場合は代 願います。 注2. 届出者の	届出者 項目をすべてである。 印は実印を使	事番 所 事名 代 担 連 このの 用し、 コード のの し、 日本 こう は かん こう は いん こう にん こう は いん こう にん こう は いん こう にん こう にん こう は いん こう にん こう	号 地 所称 名 名 先 出設 書 を が か る に 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	らお届い 対して	<i>†</i>	1	退 行	確	認	欄	
注1. 所定の各 場合は代 願います。 注2. 届出者の 下さい。	届出者 項目をする をする、 実印書の 印鑑証明書の	事番 所 事名 代 担 連	号地所称名名 先届開 明の二二一よ二一よ二一がカ 添無	らお届に 新付して あとな	†	1	根 行	確	認	欄	
注1. 所定の各 のはま 類に 注2. 届出さま り に に り に に り に に に に に に に り に に り に	届出者 項目をする をする、 実印書の 印鑑証明書の	事番 所 事名 代 担 連 入他 しい に か か に か か に が か い か か か か か か か か か か か か か か か か か	号地所称名名 先届開 明の 座日本	らお届i 対して 効とな 預金名		1		確	記念	欄	

※毎月20日締切後、提出翌月振込分より変更となります。

介護保険主治医意見書作成料振込口座変更届【例】

私が受領すべき介護給付費の振込金融機関口座を下記のとおり変更したいのでお届けします。

記

フリガナは、通帳の見開に記載のある カナを記載してください。

1. 変 更 後

	金融機関コード・支店コード 振込指定銀行支店名	預金種類	口座番号	フ /リ ガ ナ N 座 名 義 人
新	$1\ 1\ 1\ 1\ \cdot\ 2\ 2\ 2$	- 普通	1994567	✓ イ) コクホ コクホタロウ
	○ ○ 銀行 介護 支店		1234567	医療法人国保 国保太郎

2. 変 更 前

	振込指定銀行支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
旧	△ △ 銀行 介護 支店	普通	7654321	国保 太郎

3. 変更理由

振込金融機関・口座名義人の変更のため

沖縄県国民健康保険団体連合会

年 月 日

届出者 事 業 所 番 号

殿

所 在 地

事 業 所 名 称

開設者名

口座変更を行う事業所番号を記入してください。



那覇市西3-14-18

沖縄県国保連

国保 太郎

届出者の印は**実印**を使用し、発 行三か月以内の印鑑証明書を 添付して下さい。

印鑑証明書の提出がない場合、この届は無効となります。

担 当 者 名 : 国保 花子

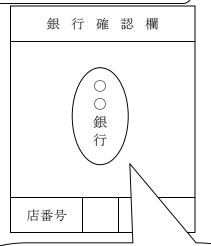
連 絡 先: 098-000-000

- 注1. 所定の各項目をすべて記入のうえ、届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者からお届け願います。
- 注2. 届出者の印は実印を使用し、印鑑証明書を添付して下さい。印鑑証明書のない場合、この届は無効となります。
- 注3. この届は、取引銀行窓口において口座番号・預金名 義人等確認のうえ、確認欄に押印し提出して下さい。 (通帳の写しも添付して下さい。)

※毎月20日締切後、提出翌月振込分より変更となります。

通帳の写しの添付を忘れずにお願いします。

- ※通帳表紙《口座番号・名義人確認のため》
- ※通帳見開《口座名義人フリガナ確認のため》



銀行窓口にて、銀行の確認印を捺印してもらって下さい。

確認印のない場合、この届出は無効 となります。