

年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会  
介護福祉課 介護福祉係 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 )