

介護給付費
障害福祉サービス費
介護保険主治医意見書作成料

等振込口座・請求者変更届

私が受領すべき上記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

新

金融機関コード・支店コード	預金種類	フリガナ	フリガナ
振込指定銀行・支店名	口座番号	口座名義人	請求者名義
・			
銀行 支店			

2. 変更前

旧

振込指定銀行・支店名	預金種類 口座番号	口座名義人	請求者名義
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

届出者

事業所
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

事業所
名称

開設者名

印

担当者名：

連絡先：

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。)

銀行確認欄			
店番号			

※毎月20日締切後、提出翌月振込分より変更となります。

【例】

該当の項目に○を記載してください。

介護給付費

障害福祉サービス費

介護保険主治医意見書作成料

等振込口座・請求者変更届

私が受領すべき上記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 振込指定銀行名	預金種類 口座番号	フリガナ 口座名義人	フリガナ 請求者名義
1111・222 〇〇銀行 介護 支店	普通 1234567	イ) コクホ コクホジロウ 医療法人国保 国保次郎	イリヨウホウジンコクホ コクホジロウ 医療法人国保 国保次郎

2. 変更前

振込指定銀行名	預金種類 口座番号	口座名義人	請求者名義
△△銀行 介護 支店	普通 7654321	国保 太郎	国保 太郎

3. 変更理由

振込金融機関・口座名義人・請求者名義の変更のため

年 月 日
沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

口座変更を行う事業所番号を記入してください。

届出者

事業所
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

那覇市西3-14-18

事業所
名称

沖縄県国保連

開設者名

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(原本)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


印

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。

銀行確認欄	
	
店番号	

通帳の写しの添付を忘れずをお願いします。

※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、この届は無効となります。