

電子情報処理組織又は光ディスク 若しくはフレキシブルディスクによる請求に関する届

電子情報処理組織による請求を

開始 することに関し、

届出日をご記入ください

「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令」の規定に基づき
次のとおりお届けします。

事業所指定申請時
に届出をしている開
設者住所・役職・氏
名を記載ください

令和 3年 4月 1日

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所 奈良県橿原市〇〇〇123

氏名 株式会社〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

事業所番号	2	9	*	*	*	*	*	*	*	*	*
事業所名称	訪問介護〇〇〇										
事業所所在地	〒 123 — 4567 奈良県橿原市〇〇〇123 TEL 0744 (29) 8319										
請求開始年月	令和 3 年 4 月 請求分から										
電子情報処理組織	光ディスク等									※受付印	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 伝送 (CSV形式) </div>	CD-R (CDFS/CSV形式)	FD3.5インチ (MS-DOS/CSV形式)	MO3.5インチ (MS-DOS/CSV形式)								
(摘要)											

事業所届出
の情報を記
載ください

目安の開始
時期を記載く
ださい

作成要領

- この様式は、介護給付費等の電子情報処理組織による請求(インターネット請求)を開始する時のみ、事業所の所在する審査支払機関に提出するものとする。
- 「事業所番号」、「事業所名」、「電話番号」、「事業所所在地」及び「郵便番号」欄については、指定居宅サービス事業所等指定申請書で届け出た記載内容を記入するものとする。

注意事項

- FAXによる受付はできません。(郵送のみ受付します)
- 事業所番号ごとに1枚提出して下さい。