

措置費の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

開設者

所在地

法人名

氏名

印

措置費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

措置費については、貴会が振込のときをもってその金額を領収致したこととし、当該金融機関の振込受領書をもって当方の領収書に代えさせていただきます。

なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

施設（事業）種別 <small>※複数選択可</small>		施設番号					
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1					
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1					
<input type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2					
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3					
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3					
<input type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4					
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5					
フリガナ							
(請求先) 施設名			(金融機関名) 振込先				
郵便番号			店舗名				
フリガナ							
所在地			預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他			
			口座番号				
フリガナ			フリガナ				
請求者			(口座名義人) 受領者				
役職名			請求書に使用する印			国保連使用欄	
電話番号						照合	月 日
FAX番号						入力	月 日
Eメール						確認	月 日
備考							