

介護給付費等過誤引受書及び支払引受書

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

⑨ 事業所番号

事業所名称

法人名

役職・代表者名

印

⑩ 事業所番号

事業所名称

法人名

役職・代表者名

印

* 押印について、法務局（近畿厚生局）に届出している法人（開設者）印を押印のうえ、印鑑登録証明書を添付すること。

下記理由により事業所番号が変更になりました。

つきましては、⑩事業所番号で過誤払いが発生したときは、⑨事業所の介護給付費等債権から差し引き、調整してください。

今後、旧事業所番号の請求分については、新事業所番号の請求分と合算して支払願います。

記

変更理由（*）

- | | |
|-----------|--------------|
| 1 組織変更 | (令和 年 月 日変更) |
| 2 移 転 | (令和 年 月 日変更) |
| 3 廃 止 | (令和 年 月 日廃止) |
| 4 その他 () | (令和 年 月 日変更) |

(*は該当するものに○をしてください。)

提出先保険者名 ()