介護給付費 審査支払手数料払込請求書

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

	金 額 (Z9%対象		ZZZ,ZZZ,ZZZ (内消費 税額等 ZZ		
	内	器			
区分	件数	一件当 単作		金	額
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ	,zz9 円
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ	,zz9 円

	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日							
送金先 NNNN	NNNNNNNN							
預金種目 NN	口座番号	xxxxxxx						
口座名 XXXXXXXX	xxxxxxxxxxxxxxx							

N N Z9 年 Z9 月 Z9 日

ΝN

NN

NNNNNNN NNNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

収

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

	金 額		ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	円	
	内		訳		
区分	件数	一件当 単信		金 額	
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	9 円
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	円

(取扱店)

月 B

取扱店の領収印のないものは 無効です。

ΝN NN

NNNN 国民健康保険団体連合会 NNNNNNN NNNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

取組日		年 月	日							実施印
先方 銀行	NNNI	N N N N N N	NNNNN	N	複記					
受	預金 種目	NN	口座 番号	xxxxxxx	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円				
取	フリガナ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx									
٨	氏名	NNNNI	NNNNNN	INNNNN		(お: 1.	行と			
依	- 緒にする。 依 フリガナ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx						く個別に			
頼 人	氏名	1 N N N N								

出納済印または振替科目

公 金

介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 29 年 29 月 払込期限 Z9 年 Z9 月 Z9 日

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審查支払手数料振込通知書 N N Z9 年 Z9 月 審査分

経由)

NNNN 国民健康保険団体連合会殿

	金額			ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZZ	аш	口座番号		収入	科目	
	202 117	:			. 13	144	款	項	目	節
	内			訳		XXXXXXX	XX	хх	хх	хх
区分	件数	一件当 単個		金 額						
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円						
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円						

番号 XXXXXXX 振込人 振込人 取扱銀行 連合会 NNNNNNNNN 氏名

(取扱店)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審查支払手数料払込請求書

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

	金額			ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円
	(Z9%対象)	(内消費税額等 ZZ,ZZZ,ZZ9 円)	
	内		訳	
区分	件数	一件当 単作		金 額
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	zzz,zzz,zzz,zz9 円
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円

払込期限	NN	Z9 年 Z9	9月 Z9 日				
送金先	N N N N N N N N N N						
預金種目	NN	口座 番号	xxxxxxx				
口座名	xxxxxxxxxxxxxxx						

N N Z9 年 Z9 月 Z9 日

NΝ

ΝN

NNNN 国民健康保険団体連合会

NNNN NNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

収

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

	金 額		ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	円	
	内		訳		
区分	件数	一件当 単f		金 額	
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	円
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	円

月

NNΝN

日

NNNN 国民健康保険団体連合会 NNNN NNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書 入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

取組日	:	年 月	日						実施印			
先方 銀行	NNNNNNNNNNNNN			N	複記							
受	預金 NN 口座 9999999 金額					ZZZ	,ZZZ,ZZZ,Z	229 円	カ照合印 かりゅうしゅう			
取	フリガナ	XXXXXXXXX	OXXXXXXXXXXXX	CXXXXXXXXXXX	CXX CXX							
	氏名	NNNNI	N N N N N N	INNNNN		- (おねがい) 1.この振込は他の銀行と						
依	フリガナ	XXXXXXXX	(XXXXXXXXXXXX	(XXXXXXXXXXX		(個別に						
頼人	氏名	NNNNI	N N N N N N	殿								

出納済印または振替科目

公 金

介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料 審査年月 Z9 年 Z9 月

払込期限 Z9 年 Z9 月 Z9 日

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料振込通知書

N N Z9 年 Z9 月 審査分

国民健康保険団体連合会殿

	金額 Z			777	777 777 77	• д	口座番号	収入科目			
	3E 115	額 zzz,zzz,zzz,zzs 円			口圧曲っ	款	項	目	節		
	内			訳			999999	99	99	99	99
区分	件数	一件当 単信		金	額						
県内	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ	, ZZZ , ZZ9	円					
県外	件 ZZZ,ZZ9	円 ZZ9	銭 Z9	ZZZ,ZZZ	,ZZZ,ZZ9	円					

振込人 取扱銀行 連合会

	番号	999999
振込人	氏名	NNNNNNNN

介護給付費 審查支払手数料払込請求書(公費負担分)

殿

NN Z9年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金 額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円							
(Z9%対象)	(内消費税額等 ZZZ,ZZZ,ZZ9 円							
払込期限	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 NNNNNNNNN							
送金先								
預金種目	N N	口座 番号	xxxxxxx					
口座名	xxxxxxxxxxxxxxx							

令和 Z9 年 Z9 月 Z9 日

ΝN

ΝN

振込人 取扱銀行 振込人

NNNNNNN NNNNNNNNNN (登録番号 XXXXXXXXXXXXXXX)

領 収 1

殿

NN Z9年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額 222,222,222,229 円 (取扱店)

月 日

ΝN

NN

取扱店の領収印のないものは

無効です。

NNNN 国民健康保険団体連合会

NNNNNNN NNNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

取組日	3	年	月 日							実施印
先方 銀行	N N N N N N N N N N N N N N N			複記						
受	預金 種目	NN	口座 番号	xxxxxxx	金額	ZZZ	,zzz,z	ZZ,ZZ9	円	ル照合印
取	フリガナ	フリガナ ××××××××××××××××××××××××××××××××××××								· L
	氏名						(おねがい) 1.この振込は他の銀行と			
依	フリガナ	xxxxxxxxxx	xxxxxxxx	xxxxxxxxx]	一緒に		ことな	く個別に
依頼人	氏名	NNNNN	INNNN		殿		03 4X 10	(1.0)		

公 金

備考 介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 ²⁹ 年 ²⁹ 月 払込期限 ²⁹ 年 ²⁹ 月 ²⁹日 出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審查支払手数料振込通知書(公費負担分)

N N Z9 年 Z9 月 審査分

経由)

NNNN 国民健康保険団体連合会殿

金 額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	

口座	収入科目					
番号	款	項	目	節		
xxxxxx	хх	хх	хх	хх		

振込人 取扱銀行 連合会

振込人 番号 XXXXXXXXX 氏名 NNNNNNN

(取扱店)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料払込請求書(公費負担者分)

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額		ZZZ,ZZZ,ZZZ,	ZZ9 円		
(Z9%対象)	(内消費税額	賽 ZZZ,ZZ	Z,ZZ9 円)		
払込期限	NN Z9	年 Z9 J] Z9日		
送金先	иииииииии				
預金種目	N N	口座 番号	xxxxxxx		
口座名	xxxxxxxxxxxxxxxxx				

令和 Z9 年 Z9 月 Z9 日

NN

NNNN 国民健康保険団体連合会

振込人 取扱銀行 振込人

NNNNNNN NNNNNNNN

収

殿

NN Z9 年 Z9 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金 額

月 日

取扱店の領収印のないものは

無効です。

NN NN

NNNN 国民健康保険団体連合会 NNNNNNN NNNNNNNN

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	3	年	月 日							実施印
先方 銀行	N N N N N N N N N N N N N N N			複記						
受	預金 種目	NN	口座 番号	xxxxxxx	金額	ZZZ	, ZZZ , Z	ZZ,ZZ9	円	7ル照合印
取	フリガナ	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxx	OXXXXXXXXXX						
٨	氏名	NNNNN	NNNNI	NNNNN		 (おねがい) 1.この振込は他の銀行と				行と
依	フリガナ	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxx	OXXXXXXXXX]	一緒に		ことな	く個別に
頼人	氏名	NNNNN	N N N N		殿		uu 48 30		''0	

出納済印または振替科目

公 金

介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料 審査年月 Z9 年 Z9 月 払込期限 Z9 年 Z9 月 Z9 日

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料振込通知書(公費負担者分)

経由)

NNNN 国民健康保険団体連合会殿

金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9	円

口座	収入科目					
番号	款	項	目	節		
xxxxxxx	хх	хх	хх	хх		

振込人 取扱銀行 連合会

till : A I	番号	XXXXXXX
加达人	氏名	N N N N N N N N

介護給付費 審查支払手数料払込請求書

市 殿

令和 5 年 10 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

	金 額 (10%対象)				619,190 額等 56,290	円円)	
	内			訳			
区分	件数	一件当たり 単価		金	額		
県内	件 9,481	円 65	銭		616,265	円	
県外	件 45	円 65	銭 0		2,925	円	

払込期限	令和	5 年 1	1月 15 日			
送金先	銀行××支店					
預金種目	普通	口座 番号	1234567			
口座名	マルマルケンコクホレンコ゛ウカイ					

令和 5 年 11 月 5 日

理事

長印

市 町1-2-1 国民健康保険団体連合会 理事長

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

収

市 殿

令和 5 年 10 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

	金額			619,190	円	
	内			訳		
区分	件数	一件当たり 単価		金	額	
県内	件 9,481	円 65	銭 0		616,265	円
県外	件 45	円 65	銭		2,925	円

年 月 日

(取扱店)

取扱店の領収印のないものは 無効です。

国民健康保険団体連合会

理事 長印

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書 入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

出納済印または振替科目

取組日		年 月	日								実施印
先方 銀行	銀名	ī××支店			複記						
受	預金 種目	普通	口座 番号	1234567	金額		61	19,19	90 円	ľ	ル照合印
取	フリガナ	マルマルケンコクオ	はいコ りかく								
人	氏名	県国	呆連合会			ー (おねがい) 1.この振込は他の銀行と				:	
依	ー緒にすることな 依 フリガナ パッパッパッパッ お取扱下さい。							く個	別に		
頼人	氏名	* * * *		殿							

公 金

介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 5年#月 払込期限 5年#月 25日

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審查支払手数料振込通知書

令和 5 年 10 月 審査分

経由)

国民健康保険団体連合会殿

	金額			619,190 円 口座番号			口应番号	収入科目			
	312 117			***************************************			1483	款	項	目	節
内				鵍			1234567	11	22	33	44
区分	件数	一件当 単個		金	額						
県内	件 9,481	円 65	銭 0		616,265	円					
県外	件 45	円 65	銭 0		2,925	円					

振込人 取扱銀行 連合会

番号 123456 振込人 氏名 ××××

(取扱店)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審查支払手数料払込請求書

×市 殿

令和 5 年 10 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

	金額			28,925	円			
	(10%対象)		(内消費税額等 2,629	円)			
	内			訳				
区分	件数	一件当たり 単価		金 額				
県内	件 431	円 65	銭 0	28,015	円			
県外	件 14	円 65	銭 0	910	円			

送金先 銀行××支店								
	銀行××支店							
預金種目 普通 番号 123456	7							
口座名 マルマルケンコウホレンゴウカイ	マルマルケンコウホレンコ ウカイ							

令和 5 年 11 月 5 日

理事

녙印

市 町1-2-1 国民健康保険団体連合会

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収

×市 殿

令和 5 年 10 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

	金額				28,925	円
	内		訳			
区分	件数	一件当 単信		金	額	
県内	件 431	円 65	銭 0		28,015	Ħ
県外	件 14	円 65	銭		910	円

月 日

理事

長印

取 扱 店 の 領 収 印 の な い も の は 無効です。

国民健康保険団体連合会

理事長

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書 入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

出納済印または振替科目

取組日	-	年 月	日				実施印			
先方 銀行	銀彳	f××支店			複記					
受	預金 種目	普通	口座 番号	1234567	金額	28,925 円	ル照合印			
取	フリガナ	マルマルケンコクオ	にしつコ゛りカイ							
	氏名	県国信	呆連合会			ー (おねがい) 1.この振込は他の銀行と				
依	フリガナ	N, AV, AV, 2	η. ₇							
頼人	氏名	× × × ×		殿						

公 金

介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料 審査年月 5年#月 払込期限 5年#月 15日

振込人・取扱銀行(保管)

審査支払手数料振込通知書 令和 5 年 10 月 審査分

介護予防・日常生活支援総合事業費

国民健康保険団体連合会殿

	金額				28,92	· Д	口座番号		収入科目			
	AL DE	!			20,02	.5 []	口圧曲つ	款	項	目	節	
	内			訳			1234567	11	22	33	44	
区分	件数	一件当 単個		金	額							
県内	件 431	円 65	銭 0		28,015	円						
県外	件 14	円 65	銭		910	円						

番号 123456 振込人 振込人 取扱銀行 連合会 氏名 ××××

理事

長印

介護給付費 審査支払手数料払込請求書(公費負担分)

殿

令和 5年 10 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額		149,5	00 円					
(10%対象)	(内消費税額等 13,590 円)							
払込期限	令和 5	年 11 月	月 15 日					
送金先	銀行××支店							
預金種目	普通 口座 99995 番号							
口座名	マルマルケンコクホレンコ゛ウカイ							

令和 5 年 11 月 10 日

理事

長印

市 町1-2-1 国民健康保険団体連合会

振込人 取扱銀行 振込人

理事長

領 収書

殿 市

令和 5年10月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

(取扱店) 149,500 円 金 額

年 月 日

取扱店の領収印のないものは 無効です。

国民健康保険団体連合会

理事長

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書 入金票 通過番号 発信時分 受信者名 発信印

出納済印または振替科目

取組日	1	年	月 日							実施印	
先方 銀行	銀行××支店			複記							
受	預金 種目	普通	口座 番号	9999999	金額		1-	49,500	円	ル照合印	
取	フリガナ 氏名	マルマルケンコクホレン	コ゛ゔカイ								
	氏名	県国保護	自会			(お 1.	行と				
依頼人	フリガナ 氏名	л. ач. ач. × × × ×	ť		殿	1		するこ	ことな	く個別に	

公 金

介護保険給付費の審査支払手数料 審査年月 5 年 10 月 払込期限 5 年 11 月 25 日

振込人・取扱銀行(保管)

介護給付費 審查支払手数料振込通知書(公費負担分)

令和 5 年 10月 審査分

×××× 国民健康保険団体連合会殿

金額	149,500	円

口座		収入科目							
番号	款	項	目	節					
9999999	11	22	33	44					

振込人 取扱銀行 連合会

番号 12345678 振込人 氏名 ××××

理事

長印

介護予防・日常生活支援総合事業費 審查支払手数料払込請求書(公費負担者分)

殿

令和 5 年 10 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金 額		14,	170 円				
(10%対象)	(内消費税額等 1,288 円)						
払込期限	令和 5	年 11 月	月 15 日				
送金先	銀行××支店						
預金種目	普通	口座 番号	1234567				
口座名	マルマルケンコクホレンコ゛ウカイ						

令和 5年 11月 5日

理事

長印

市 町1-2-1 国民健康保険団体連合会

振込人 取扱銀行 振込人

領 収

×市 殿

令和 5年10月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

(取扱店) 14,170 円 金 額

月 日

国民健康保険団体連合会

理事長

振込人 取扱銀行 振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

出納済印または振替科目

取組日	ı	年	月 日							実施印
先方 銀行	××銀行	支店			複記					
受	預金 種目	普通	口座 番号	9876543	金額			14,170	円	ル照合印
取	フリガナ 氏名	N゚ツN゚ ツケンコクま	レンコ゛ウカイ							
٨				(おねがい) 1.この振込は他の銀行と						
依頼人	フリガナ 氏名	x × × ×	9		EQ.	ー緒にすることなく個別に お取扱下さい。				

公 金

審査年月 5 年 10 月 払込期限 5 年 11 月 15日

振込人・取扱銀行(保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費

×××× 国民健康保険団体連合会殿

金額	14,170	円

口座	収入科目				
番号	款	項	目	節	
9876543	11	22	33	44	

振込人 取扱銀行 連合会

振込人 番号 12345678 氏名 ××××