

## 付録 2. 記載例

(1) 様式 1-1 介護保険事業所のインターネット請求登録に関する届の記載例

(2) パターン別代理人申請の記載例

	申請パターン	提出書類
①	代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合 代理人区分=同一法人	記載頁：2～5 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-1 代理人登録申請書（新規） 様式 4-2 代理請求申請書（新規） 登記簿謄本と印鑑証明書
②	代理人情報を登録し、他県に代理請求の新規申請を行う場合 代理人区分=第三者	記載頁：6～12 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-1 代理人登録申請書（新規） 様式 4-2 代理請求申請書（新規） 様式 4-3 委任状 登記簿謄本と印鑑証明書
③	法人名以外の代理人情報を変更する場合（代理人の変更） 代理人区分=同一法人	記載頁：13～15 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-4 代理人登録申請書（変更） 登記簿謄本と印鑑証明書
④	代理請求の追加申請を行う場合（委任事業所の追加） 代理人区分=同一法人	記載頁：16～18 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-2 代理請求申請書（追加） 様式 4-3 委任状
⑤	委任期間を変更する場合 代理人区分=第三者	記載頁：19～22 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-2 代理請求申請書（委任期間変更） 様式 4-3 委任状
⑥	委任期間を変更し、代理人情報を削除する場合 代理人区分=第三者	記載頁：23～27 様式 4-5 代理請求申請書類送付状 様式 4-6 提出書類チェックシート 様式 4-4 代理人登録申請書（削除） 様式 4-2 代理請求申請書（委任期間変更） 様式 4-3 委任状

※委任状が必要なのは、代理人が第三者の場合のみです。

様式 1 - 1

介護保険事業所のインターネット請求登録に関する届の記載例

※注意※ 介護保険事業所のみ利用で、障害者総合支援事業所はこの届を使用しません。

事業所→国保連

## 介護保険事業所のインターネット請求登録に関する届

提出日：平成 26 年 8 月 1 日

事業所番号	2170199999
事業所名	訪問介護国保
担当者名	担当 花子
連絡先電話番号	058-999-9999
登録状況 ※該当に○をつけて下さい。	<input checked="" type="radio"/> 登 録 <input type="radio"/> 取 消
インターネット請求 開始年月	平成 26 年 11 月

- ① 現在、伝送登録を行っている事業所は、インターネット請求の登録を行うことで、伝送登録を解除しますので、「介護保険事業所の伝送登録に関する届」での取消提出は必要ありません。
- ② 当該届を提出することで、介護保険電子請求受付システムにログインするための、ID とパスワード、証明書発行用パスワードが送付されます。
- ③ 代理請求を行う事業所でも、事業所番号ごとに当該届の提出は必要となります。
- ④ インターネット請求開始年月の 1 日からインターネット請求が可能となります。ISDN 回線による請求を行っている事業所は開始年月 1 日から ISDN 回線での請求が使用できなくなりますので注意してください。

連合会使用欄	
受付	処理

岐阜県国民健康保険団体連合会  
介 護 保 険 課  
TEL 058-275-9825

# 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	イリヨウホウジンコクホカイ
	医療法人国保会
役職・部署名	リジチョウ
	理事長
氏名 または代表者名	ダイヒョウ タロウ
	代表 太郎
郵便番号	500-0001
住所	ギフシコクホチョウ
	岐阜市国保町 1 - 1
電話番号	058-000-000
連絡欄	

平成 26 年 8 月 20 日

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン1	代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1 通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(新規)	1 通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	1 通	委任元の事業所に関する申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	0 通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。 書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。 また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	1 通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	1 通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。添付する書類がある場合は、書類数を記入します。必要に応じて添付してください。

〒500-8237  
岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1

岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課審査係

記載例パターン①  
 代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合  
 代理人区分=同一法人

平成 26 年 8 月 20 日

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 岐阜市国保町 1 - 1  
 (代理人) 法人名 医療法人国保会  
 代表者 代表 太郎



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

法人名	イリョウハウジンコクホカイ
	医療法人国保会
役職・部署名	リジチョウ
	理事長
氏名 または代表者名	ダイヒョウ タロウ
	代表 太郎
郵便番号	5 0 0 - 0 0 0 1
住所	ギフシコクホチョウ
	岐阜市国保町 1 - 1
電話番号	0 5 8 - 0 0 0 - 0 0 0
FAX番号	0 5 8 - 0 0 0 - 9 9 9
メールアドレス	kokuhu@kk.zzz
ユーザID	
	(他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

記載例パターン①  
 代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合  
 代理人区分=同一法人

平成 26 年 8 月 20 日

## 電子請求受付システム 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 岐阜市国保町 1-1  
 (代理人) 法人名 医療法人国保会  
 代表者 代表 太郎

印

介護保険 新規の場合は、ユーザID 未発行であるため入力不要  
 付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を  
 ので、以下の通り申請します。

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

代理人	ユーザID ※1	
	法人名	イリョウハウジンコクホカイ 医療法人国保会
	役職・部署名	リジチョウ 理事長
	氏名 または代表者名	ダイヒョウ タロウ 代表 太郎
	郵便番号	500-0001
	住所	ギフシコクホチョウ 岐阜市国保町 1-1
	電話番号	058-000-000
	事業所	制度
事業所名		訪問介護国保
事業所番号		217019999
ユーザID		KJ21217019999
委任開始年月		H26. 11
委任終了年月		
委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
代理人区分	同一法人	

委任事業所の  
 情報です。  
 複数ある場合  
 は、複数事業所  
 出力されます。

『様式 1-1 介護保険事業所  
 のインターネット請求に関する届』を提出後に取得できる  
 事業所ユーザIDを必ず入力  
 します。

すでに代理人情報の登録を行っている場合は、必須。

県連合会記入欄>

受付日	平成	年	月	日	担当者	
登録日	平成	年	月	日	ユーザID	印

## 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	カブシキガイシャ ダイコウネット
	株式会社 代行ネット
役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
	代表取締役
氏名 または 代表者名	ダイコウ ジロウ
	代行 次郎
郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク
	東京都代行政区 2-2
電話番号	03-000-0000
連絡欄	



平成26年8月21日

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
 記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン2	代理人情報を登録し、他県に代理請求の新規申請を行う場合

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(新規)	1通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	1通	委任元の事業所に関する申請書類です。書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	2通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	1通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	1通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類も提出物であるため、封筒に貼るなどしてご利用する場合は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。

〒500-8237  
 岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1  
  
 岐阜県国民健康保険団体連合会  
 介護保険課審査係

平成26年8月21日

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 東京都代行政区 2 - 2  
(代理人) 法人名 株式会社代行ネット  
代表者 代行 次郎



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

印は代理人が、  
法人の場合は社印  
個人の場合は実印  
地方自治体の場合は公印  
になります。

法人名	カブシキガイシャダイコウネット
	株式会社代行ネット
役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
	代表取締役
氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ
	代行 次郎
郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク
	東京都代行政区 2 - 2
電話番号	03-000-0000
FAX番号	03-000-9999
メールアドレス	daikou@xxx.dd
ユーザID	HD1300000222
	(他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当	
登録日	平成 年 月 日	ユーザ	

自県で代理人ユーザIDが発行されてから申請を行います。  
自県代理人ユーザIDを必ず記入してください。

記載例パターン②  
 代理人情報を登録し、他県に代理請求の新規申請を行う場合  
 代理人区分=第三者

管理

平成26年8月21日

## 電子請求受付システム 代理請求申請書(新規)追加・委任期間

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 東京都代行政区 2 - 2  
 (代理人) 法人名 株式会社代行ネット  
 代表者 代行 次郎

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

( 1/2 )

代理人	ユーザID ※1	HD1300000222	自県で代理人ユーザIDが発行されてから申請を行います。 <u>自県代理人ユーザIDを必ず記入してください。</u>
	法人名	カブシキガイシャダイコウネット 株式会社代行ネット	
	役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク 代表取締役	
	氏名 または 代表者名	ダイコウ ジロウ 代行 次郎	
	郵便番号	100-0000	
	住所	トウキョウトダイコウク 東京都代行政区 2 - 2	
	電話番号	03-000-0000	
	事業所	制度	
事業所名		ケアプランセンターこくほ	
事業所番号		2170211111	
ユーザID		KJ212170211111	
委任開始年月		H26. 11	
委任終了年月			
委任状の添付		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
代理人区分		第三者	

※1 すでに代理人情報の登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

事業所	制度	介護保険	委任事業所が複数の場合は、この様式に出力されます。
	事業所名	小規模多機能事業所こくほ	
	事業所番号	2190211122	
	ユーザID	KJ212190211122	
	委任開始年月	H26.11	
	委任終了年月		
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	代理人区分	第三者	
事業所	制度		
	事業所名		
	事業所番号		
	ユーザID		
	委任開始年月	平成 年 月	
	委任終了年月	平成 年 月	
	委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	代理人区分		
事業所	制度		
	事業所名		
	事業所番号		
	ユーザID		
	委任開始年月	平成 年 月	
	委任終了年月	平成 年 月	
	委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	代理人区分		
事業所	制度		
	事業所名		
	事業所番号		
	ユーザID		
	委任開始年月	平成 年 月	
	委任終了年月	平成 年 月	
	委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	代理人区分		

平成 26 年 8 月 21 日

## 委任状

委任事業所が複数の場合は、  
 事業所分委任状が必要です。

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

事業者 住所 岐阜市国保町 2 - 2  
 法人名 株式会社こくほ  
 代表者 岐阜 一郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

委任元 (事業所)	事業所名	ケアプランセンターこくほ
	事業所番号	2 1 7 0 2 1 1 1 1 1
	委任期間	平成 26 年 1 1 月 ~ 平成 年 月
委任先 (代理人)	法人名	株式会社代行ネット <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
	役職・部署名	代表取締役
	氏名 または 代表者名	代行 次郎

介護保険の場合のみ、相殺の  
 同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除する場合のみ記入してください。)  
 代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除することに同意します。

事業者 住所

法人名

代表者 印

証明書発行手数料を介護給付  
 費から相殺する代表委任事業  
 所のみ、ここに同意の記入をし  
 ます。  
 証明書発行手数料が振込であ  
 る場合は記入の必要がありま  
 せん。

平成 26 年 8 月 21 日

## 委 任 状

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

事業者 住 所 岐阜市国保町 2 - 2  
 法人名 株式会社こくほ  
 代表者 岐阜 一郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事

委任元 (事業所)	事業所名	小規模多機能事業所こくほ
	事業所番号	2190211122
	委任期間	平成26年11月 ~ 平成 年 月

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

委任先 (代理人)	法人名	株式会社代行ネット
	役職・部署名	代表取締役
	氏名 または 代表者名	代行 次郎

介護保険の場合のみ、相殺の  
 同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除する場合のみ記入してください。)  
 代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名

代表者

印

証明書発行手数料を介護給付  
 費から相殺する代表委任事業  
 所のみ、ここに同意の記入をし  
 ます。  
 証明書発行手数料が振込であ  
 る場合は記入の必要がありま  
 せん。

## 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

&lt;担当者&gt;

法人名	イリヨウホウジンコクホカイ
	医療法人国保会
役職・部署名	リジチョウ
	理事長
氏名 または代表者名	ダイヒョウ ウメコ
	代表 梅子
郵便番号	500-0001
住所	ギフシコクホチョウ
	岐阜市国保町 1 - 1
電話番号	058-000-000
連絡欄	書類に関する問い合わせは、090-999-123(山田)まで

連合会への連絡事項等があれば  
記入してください。

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン 3	法人名以外の代理人情報を変更する場合

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1 通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(変更)	1 通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	通	委任元の事業所に関する申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。 書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。 また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類も提出物であるため、封筒に貼るなどしてご利用する場合は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。

〒500-8237  
岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1  
  
岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課審査係



記載例パターン③  
 法人名以外の代理人情報を変更する場合（代表者の変更）  
 代理人区分=同一法人

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(変更・削除)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 岐阜市国保町 1 - 1  
 (代理人) 法人名 医療法人国保会  
 代表者 代表 梅子

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求において、  
 代理人情報を登録した内容を次の通り 変更したい ので申請します。  
削除したい

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

ユーザID	HD2100000444	
法人名	イリョウホウジンコクホカイ	
	医療法人国保会	
役職・部署名	リジチョウ	<input type="checkbox"/>
	理事長	<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	ダイヒョウ ウメコ	<input checked="" type="checkbox"/>
	代表 梅子	<input checked="" type="checkbox"/>
郵便番号	500-0001	<input type="checkbox"/>
住所	ギフシコクホチョウ	<input type="checkbox"/>
	岐阜市国保町 1 - 1	<input type="checkbox"/>
電話番号	058-000-000	
FAX番号		

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

電子請求受付システムで申請した変更箇所が  になっているので、必ず正しく変更されているか確認してから提出してください。

平成26年9月22日

## 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

&lt;担当者&gt;

法人名	イリヨウホウジンコクホカイ
	医療法人国保会
役職・部署名	リジチョウ
	理事長
氏名 または代表者名	ダイヒョウ ウメコ
	代表 梅子
郵便番号	500-0001
住所	ギフシコクホチョウ
	岐阜市国保町1-1
電話番号	058-000-000
連絡欄	

平成 26 年 9 月 22 日

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン 4	代理請求の追加申請を行う場合（委任事業所の追加）

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1 通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(新規)	通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	1 通	委任元の事業所に関する申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。 書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。 また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類も提出物であるため、封筒に貼るなどしてご利用する場合は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。

〒500-8237

岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1

岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課審査係

行

## 電子請求受付システム 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 岐阜市国保町 1 - 1  
 (代理人) 法人名 医療法人国保会  
 代表者 代表 梅子



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

代理人	ユーザID ※1	HD2100000444
	法人名	イリヨウハウジンコクホカイ
		医療法人国保会
	役職・部署名	リジチョウ
		理事長
	氏名 または 代表者名	ダイヒョウ ウメコ
		代表 梅子
	郵便番号	500-0001
住所	ギフシコクホチョウ 岐阜市国保町 1 - 1	
電話番号	058-000-000	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	訪問看護ステーション国保
	事業所番号	2160188888
	ユーザID	KJ212160188888
	委任開始年月	H26. 11
	委任終了年月	
	委任状の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	代理人区分	同一法人

※1 すでに代理人情報の登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

平成27年2月20日

## 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	カブシキガイシャ ダイコウネット
	株式会社 代行ネット
役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
	代表取締役
氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ
	代行 次郎
郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク
	東京都代行政区2-2
電話番号	03-000-0000
連絡欄	

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン5	委任期間を変更する場合

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1 通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(新規)	通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	1 通	委任元の事業所に関する申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	1 通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。 書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。 また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類も提出物であるため、封筒に貼るなどしてご利用する場合は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。

〒500-8237  
岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1  
  
岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課審査係

記載例パターン⑤  
委任期間を変更する場合（委任事業所の削除）  
代理人区分＝第三者

平成27年2月20日

# 電子請求受付システム 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住所 東京都代行政区 2-2  
(代理人) 法人名 株式会社代行ネット  
代表者 代行 次郎

印

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

印は代理人が、  
法人の場合は社印  
個人の場合は実印  
地方自治体の場合は公印  
になります。

代理人	ユーザID ※1	HD2100000222
	法人名	カブシキガイシャダイコウネット
		株式会社代行ネット
	役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
		代表取締役
	氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ
		代行 次郎
	郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク	
	東京都代行政区 2-2	
電話番号	03-000-0000	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	小規模多機能事業所こくほ
	事業所番号	2190211122
	ユーザID	KJ212190211122
	委任開始年月	H26. 11
	委任終了年月	H27. 3
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者

委任終了年月で委任終了が判断されます。  
委任終了年月の翌月からは代理人請求ができません。

※1 すでに代理人情報の登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

## 委 任 状

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

事業者 住 所 岐阜市国保町 2-2  
 法人名 株式会社こくほ  
 代表者 岐阜 一郎

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名	小規模多機能事業所こくほ
	事業所番号	2190211122
	委任期間	平成26年11月～平成27年3月

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

委任先 (代理人)	法人名	株式会社代行ネット	印
	役職・部署名	代表取締役	
	氏名 または代 表者名	代行 次郎	

介護保険の場合のみ、相殺の  
 同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名  
 代表者

印



平成28年3月20日

## 代理請求申請書類送付状

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	カブシキガイシャ ダイコウネット
	株式会社 代行ネット
役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
	代表取締役
氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ
	代行 次郎
郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク
	東京都代行政区2-2
電話番号	03-000-0000
連絡欄	

## 提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等で提出していただく書類をご確認いただくものです。  
記載内容をご確認の上、ダウンロードした申請書類と共に添付書類を提出先の国保連合会へ送付してください。

## 【申請パターン】

	申請パターン
パターン6	委任期間を変更し、代理人情報を削除する場合

## 【提出書類(申請書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	1 通	提出書類を確認するための書類です。
代理請求申請書類送付状	1 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。
代理人登録申請書(削除)	1 通	事業所に代わって請求を行うための申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	1 通	委任元の事業所に関する申請書類です。 書類には代理人の押印が必要になります。
委任状	1 通	委任元の事業所が第三者の場合、必要となる書類です。 書類には事業所の住所等の記入及び押印が必要です。 また、代理人の押印も必要となります。

## 【提出書類(添付書類)のご案内】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。
印鑑証明書	通	代理人が地方自治体の場合、不要になります。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。下記、提出先まで郵送してください。

【提出先のご案内】 書類の提出先になります。本書類も提出物であるため、封筒に貼るなどしてご利用する場合は、コピーしたファイルから切り取ってご利用ください。

〒500-8237  
岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1  
  
岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課審査係

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(変更・削除)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

	住所	東京都代行政区 2 - 2
申請者 (代理人)	法人名	株式会社代行ネット
	代表者	代行 次郎

印

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求において、  
代理人情報を登録した内容を次の通り 変更したい ので申請します。  
削除したい

印は代理人が、  
法人の場合は社印  
個人の場合は実印  
地方自治体の場合は公印  
になります。

ユーザID	HD2100000222		
法人名	カブシキガイシャダイコウネット		
	株式会社代行ネット		
役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク		<input type="checkbox"/>
	代表取締役		<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ		<input type="checkbox"/>
	代行 次郎		<input type="checkbox"/>
郵便番号	100-0000		<input type="checkbox"/>
住所	トウキョウトダイコウク		<input type="checkbox"/>
	東京都代行政区 2 - 2		<input type="checkbox"/>
電話番号	03-000-0000		<input type="checkbox"/>
FAX番号			<input type="checkbox"/>

変更箇所  印

<国保連合会記入欄>

受付日	平成	年	月	日	担当者	
登録日	平成	年	月	日	ユーザID	

記載例パターン⑥  
委任期間を変更し、代理人情報を削除する場合  
代理人区分=第三者

平成28年3月20日

電子請求受付システム  
代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

申請者 住 所 東京都代行政区 2-2  
(代理人) 法人名 株式会社代行ネット  
代表者 代行 次郎



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に  
ので、以下の通り申請します。

印は代理人が、  
法人の場合は社印  
個人の場合は実印  
地方自治体の場合は公印  
になります。

代理人	ユーザID ※1	HD2100000222
	法人名	カブシキガイシャダイコウネット
		株式会社代行ネット
	役職・部署名	ダイヒョウトリシマリヤク
		代表取締役
	氏名 または代表者名	ダイコウ ジロウ
		代行 次郎
	郵便番号	100-0000
住所	トウキョウトダイコウク	
	東京都代行政区 2-2	
電話番号	03-000-0000	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	ケアプランセンターこくほ
	事業所番号	2170211111
	ユーザID	KJ212170211111
	委任開始年月	H26. 11
	委任終了年月	H28. 3
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者

※1 すでに代理人情報の登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	ユーザID	

## 委 任 状

岐阜県国民健康保険団体連合会 理事長 小川 敏 様

事業者 住 所 岐阜市国保町 2-2  
 法人名 株式会社こくほ  
 代表者 岐阜 一郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務

委任元 (事業所)	事業所名	ケアプランセンターこくほ
	事業所番号	2170211111
	委任期間	平成26年11月 ~ 平成28年3月

印は代理人が、  
 法人の場合は社印  
 個人の場合は実印  
 地方自治体の場合は公印  
 になります。

委任先 (代理人)	法人名	株式会社代行ネット	印
	役職・部署名	代表取締役	
	氏名 または代 表者名	代行 次郎	

介護保険の場合のみ、相殺の  
 同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から  
 控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名  
 代表者

印

