

障害福祉サービス費等請求データ差替え依頼書

事業所番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

次のとおり、請求データを差替えてください。

	差替え前データ	差替え分データ
データ提出 (送信)年月日	年 月 日	年 月 日
請求件数	件	件
備考		

注意事項

- ・ 請求データの差替えについては、事業者番号単位で行いますので、該当事業所番号の全てのデータを送信してください。ファイルを指定しての差替えには応じられませんのでご注意ください。
- ・ 送信準備ができましたら、回線を開きますので請求データ送信前に必ず電話連絡してください。
- ・ 請求締切日（10日）以降は、差替え依頼書なしで請求データを送信されても取込ができませんのでご注意ください。

送信先	広島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 第二係
電話番号	082-554-0782
FAX番号	082-511-9126