

各種帳票と記載例

帳票一覧

(1/2)

| No. | 様式番号 | 様式名 | 方向 | 記載頁 |
|-----|--------|------------------------|--------------------------|---------|
| 1 | 様式1-1 | 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届 | 国保連合会 →事業所 →国保連合会 | 付-3 |
| 2 | 様式1-2 | 電子請求登録結果に関するお知らせ | 国保連合会 →事業所 | 付-4 |
| 3 | 様式1-3 | 電子請求受付システムアドレス通知 | 国保連合会 →事業所 | 付-5 |
| 4 | 様式1-4 | 電子請求代理人登録結果に関するお知らせ | 国保連合会 →代理人 | 付-6 |
| 5 | 様式2-1 | 見積書 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-7 |
| 6 | 様式2-2 | 請求書 | 国保連合会 →代理人 | 付-8 |
| 7 | 様式3-1 | 証明書発行完了通知 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-9 |
| 8 | 様式3-2 | 証明書発行申請却下通知 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-10 |
| 9 | 様式4-1 | 代理人登録申請書(新規) | 代理人 →国保連合会 | 付-11 |
| 10 | 様式4-2 | 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更) | 代理人 →国保連合会 | 付-12~13 |
| 11 | 様式4-3 | 委任状 | 事業所 →代理人 →国保連合会 | 付-14 |
| 12 | 様式4-4 | 代理人登録申請書(変更・削除) | 代理人 →国保連合会 | 付-15 |
| 13 | 様式4-5 | 代理請求申請書類送付状 | 代理人 →国保連合会 | 付-16 |
| 14 | 様式4-6 | 提出書類チェックシート | 代理人 →国保連合会 | 付-17 |
| 15 | 様式4-7 | 初回仮パスワード控え | 国保連合会 →代理人 | 付-18 |
| 16 | 様式4-8 | 代理人情報登録 URL 通知 | 国保連合会 →代理人 | 付-19 |
| 17 | 様式4-9 | 代理人情報登録却下通知 | 国保連合会 →代理人 | 付-20 |
| 18 | 様式4-10 | 代理人登録結果に関するお知らせ通知 | 国保連合会 →代理人 | 付-21 |
| 19 | 様式4-11 | 代理人情報申請結果通知 | 国保連合会 →代理人 | 付-22 |

帳票一覧

(2/2)

| No. | 様式番号 | 様式名 | 方向 | 記載頁 |
|-----|--------|---------------------------|---------------------------------------|---------|
| 20 | 様式4-12 | 代理請求申請書(削除) | 代理人 →国保連合会 | 付-23~24 |
| 21 | 様式4-13 | 代理請求解除届 | 代理人 →国保連合会 | 付-25 |
| 22 | 様式4-14 | 代理人情報登録申請取下げ通知 | 代理人 →国保連合会 | 付-26 |
| 23 | 様式4-15 | 代理人情報申請取下げ通知(代理人情報変更申請以外) | 代理人 →国保連合会 | 付-27 |
| 24 | 様式4-16 | 代理人情報申請取下げ通知(代理人情報変更申請) | 代理人 →国保連合会 | 付-28 |
| 25 | 様式4-17 | 委任事業所情報申請取下げ通知 | 国保連合会 →事業所 | 付-29 |
| 26 | 様式5-1 | 代理人登録結果に関するお知らせ通知 | 国保連合会 →代理人 | 付-30 |
| 27 | 様式5-2 | 証明書発行用パスワード通知書 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-31 |
| 28 | 様式6 | 電子証明書失効申請書 | 事業所 または、 代理人、 都道府県 →国保連合会 | 付-32 |
| 29 | 様式7-1 | 証明書失効通知 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-33 |
| 30 | 様式7-2 | 証明書有効期限切れ事前通知 | 国保連合会 →事業所 または、代理人 | 付-34 |
| 31 | 様式7-3 | 証明書発行用パスワード再発行通知(事業所宛) | 国保連合会 →事業所 | 付-35 |
| 32 | 様式7-4 | 証明書発行用パスワード再発行通知(代理人宛) | 国保連合会 →代理人 | 付-36 |

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長

開設者
住所

様

氏名

印

給付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。

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|--|--|---------------|-----------------|--|----------|--|--|--|----------------------------|
| 事業所 番号 | | | | | | | | | | | 連 合 会 使 用 欄 |
| 法人等 種別 | | | | 郵便 番号 | | | | | | | |
| (請求先) 事業所 名称 | | | | 電話 番号 | | | | | | | |
| | | | | F A X 番号 | | | | | | | |
| フリガナ (所在地) | | | | 振込先 | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 支店名 | | | | | | | |
| | | | | 口座 番号 | 普通 当座 その他 | | | | | | |
| | | | | フリガナ (請求者) | | | | | | | |
| 請求者 | | | | フリガナ (受領者) | | | | | | | |
| | 届出理由 (該当番号に○をつけてください) | | | 異動年月 | | | 旧事業所番号 | | | | |
| 1 | 新設 | | | 年 月請求分より | | | | | | | |
| 2 | 請求者及び受領者 (口座名義) の変更 | | | ※摘要 | | | 支払先事業所番号 | | | | |
| 3 | 振込先及び口座番号の変更 | | | | | | | | | | |
| 4 | その他 () | | | | | | | | | | |
| 決定通知等の送付データの形式 | | | | PDF | | | CSV | | | | |
| 旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 印 | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

電子請求登録結果に関するお知らせ

×××事業所

殿

平成19年 6月 8日

〇〇〇国民健康保険団体連合会

障害福祉サービス費等の電子請求に関し、下記のとおり登録いたしましたので、ご連絡いたします。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 事業所番号 | 5010000001 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒999-9999 〇〇〇△△市××町1-1 | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | ×××事業所 | | | | | | | | | | | |
| テストID | TJ5010000001 | | | | | | | | | | | |
| (仮)パスワード | | | | | | | | | | | | |
| 大文字 | 大文字 | 小文字 | 大文字 | 小文字 | 大文字 | 小文字 | 数字 | 数字 | 数字 | 数字 | 数字 | 数字 |
| ティ | エイ | ビ | シー | ディ | イー | フ | ゼロ | ゼロ | ゼロ | ゼロ | ゼロ | イチ |
| T | A | b | C | d | E | f | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 証明書発行用パスワード | | | | | | | | | | | | |
| 小文字 | 大文字 | 数字 | 数字 | 大文字 | 小文字 | 大文字 | 小文字 | 小文字 | 数字 | 小文字 | 大文字 | 大文字 |
| エッチ | アイ | ニ | コ | エル | エル | エヌ | ピー | アール | ヨン | ワイ | グァン | リョウ |
| h | I | 2 | 5 | L | m | N | p | r | 4 | y | W | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ ID、仮パスワード及び証明書発行用パスワードは、他に漏洩しないよう十分な管理を行ってください ・ 証明書発行用パスワードは証明書発行申請(更新の申請を含む)の際に必要となりますので大切に保管して下さい | | | | | | | | | | | | |

電子請求受付システムアドレス通知

障害者総合支援における介護給付費等の請求を行うための、電子請求受付システムのアドレスを通知致します。

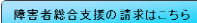
■ 電子請求受付システムのアドレス(URL:Uniform Resource Locator)

<http://www.e-seikyuu.jp/>

(電子請求受付システムの総合窓口)

上記アドレスより、電子請求を開始するまでの準備作業(ログイン/パスワード変更/マニュアルの取得方法等)を記載した資料「電子請求をはじめる前に」が取得いただけます。

取得方法につきましては、以下の手順にて取得することができます。

- ① 【電子請求受付システム総合窓口】画面にて  をクリックします。
- ② ログイン前の【お知らせ一覧】画面が表示されます。

画面左上にある  をクリックし、取得します。

電子請求代理人登録結果に関するお知らせ

代理事業所A 殿

発行日 平成26年11月15日

介護給付費等の電子請求に関し、下記の通り登録いたしましたので、ご連絡いたします。

| | | | |
|-----------|-----------------|----------|--------------|
| ユーザID | HD1399999999 | テストユーザID | TD1399999999 |
| 法人名 | 代理事業所A | | |
| 役職・部署名 | 所長 | | |
| 氏名または代表者名 | 代理人 一郎 | | |
| 電話番号 | 00-0001-0001 | FAX番号 | 00-0001-0002 |
| メールアドレス | dairi@jp | | |
| 住所 | 〒111-1111 | | |
| | 〇〇〇国保市国保町 3-3-3 | | |

仮パスワード

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|----|----|----|
| 大文字 | 小文字 | 大文字 | 大文字 | 数字 | 小文字 | 大文字 | 小文字 | 小文字 | 数字 | 数字 | 小文字 | 大文字 | 数字 | 数字 | 数字 |
| ゼッド | アイ | ユー | エス | ナナ | ビー | ファイ | ユー | ジー | ヨン | イチ | ディー | ティー | ロク | ハチ | ゼロ |
| Z | i | Y | S | 7 | b | V | u | j | 4 | 1 | d | T | 6 | 8 | 0 |

証明書発行用パスワード

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|--|--|--|--|
| 大文字 | 小文字 | 小文字 | 数字 | 数字 | 大文字 | 大文字 | 数字 | 小文字 | 数字 | 数字 | 数字 | | | | |
| エー | エム | オー | イチ | ロク | エイチ | ピー | キュウ | アール | ハチ | サン | ゴ | | | | |
| A | m | o | 1 | 6 | H | P | 9 | r | 8 | 3 | 5 | | | | |

備考

- ・ID、仮パスワード及び証明書発行用パスワードは、他に漏洩しないよう十分な管理を行ってください
- ・証明書発行用パスワードは証明書発行申請(更新の申請を含む)の際に必要となりますので大切に保管してください
- ・テストユーザIDは、障害者総合支援でテスト請求するためのユーザIDとなります

■ 電子請求受付システムのアドレス (URL: Uniform Resource Locator)

<http://www.e-seikyuu.jp/>

(電子請求受付システムの総合窓口)

上記アドレスより、電子請求を開始するまでの準備作業(ログイン/パスワード変更/マニュアルの取得方法等)を記載した資料「電子請求をはじめの前に」が取得いただけます。

取得方法につきましては、以下の手順にて取得することができます。

- (1) 【電子請求受付システム総合窓口】画面にて[代理人情報/代理人証明書の申請はこちら]をクリックします。
- (2) ログイン前の【お知らせ一覧】画面が表示されます。
画面左上にある[はじめての方]をクリックし、取得します。

〒111-1111
〇〇県国保市国保町 1-1-1

請求事業所A

事業所 一郎 様

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〒111-1111

〇〇〇国保市国保町 9-9-9

電話 00-0003-0001

FAX 00-0003-0002

見積書

発行日 2014/12/01

見積詳細

| 項目名 | 数量 | 価格(税込) |
|----------|----|--------|
| 証明書発行手数料 | 1 | ¥9,999 |

合計(税込) ¥9,999

※見積有効期限 発行月の末日

〒111-1111
 ○○県国保市国保町 2-2-2

○○国民健康保険団体連合会

〒111-1111
 ○○県○○市国保市国保町 9-9-9

電話 00-0003-0001

FAX 00-0003-0002

代理人法人名
 代理人事業所A 様

請求書

発行日 2014/12/01

請求詳細

| 項目名 | 数量 | 価格(税込) |
|----------------------|----|--------|
| 証明書発行手数料(障害者総合支援証明書) | 1 | ¥9,999 |

合計(税込) ¥9,999

振込人名 : HD1399999999 + 「事業所名または法人名(任意)」

振込先

金融機関名 : ○○銀行

支店名 : ○○支店(123)

口座種別 : 普通

口座番号 : 1234567

口座名 : マルマルマルレンゴウカイ

振込時の「振込人名」には
 請求書に記載された
 「ユーザID」、「事業所また
 は法人名(任意)」を記入す
 る。

注) お振込みの際、「振込人名」の欄にユーザ ID が入力されていない場合、お振込みの確認が取れない場合があります。

(振込手数料はお客様のご負担でお願いいたします。)

備考 : お振込み控えをもって、領収書と替えさせていただきます。

振込期限 : 発行日の翌月末日

タイトル: 証明書発行完了通知

本文: 障害者総合支援電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書発行申請に関して、証明書が発行されました。
以下の操作手順に沿って、証明書をパソコンにダウンロード・インストールしてください。

[申請先連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
HJ1311111111

[申請年月日]
2014年11月01日

[操作手順]
1. 【証明書】画面を開きます。
2. 「証明書をダウンロード・インストールする」を選択して、[次へ]をクリックします。
以降の作業については、ログイン後のメニューで【FAQ】をクリックし、
「証明書のダウンロード・インストール方法について」を参照して作業を進めてください。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク: 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

タイトル: 証明書発行申請却下通知

本文: 障害者総合支援電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書発行申請が却下されました。

[申請先連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
HJ1311111111

[申請年月日]
2014年11月01日

[却下理由]
既に発行済みのため却下します。

[問い合わせ先]
却下理由についてご不明な点は、〇〇〇国民健康保険団体連合会へ
お問い合わせください。
その他の証明書に関する問い合わせは、以下へお問い合わせください。
ヘルプデスク: 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム
代理人登録申請書(新規)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

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、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。

| | |
|---------------|------------------------------|
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | △△△法人 |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | 理事長 |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | 代表 次郎 |
| 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ)マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 |
| 電話番号 | 999-999-9999 |
| FAX番号 | 999-999-9999 |
| メールアドレス | dairinin@jp |
| 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 | |

代理人→国保連合会

管理番号 D2017092500001

受付番号

平成 29 年 09 月 25 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

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。

(1 / 2)

| | | |
|------|------------------------------|--|
| 代理人 | ユーザID ※1 | |
| | 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | | △△△法人 |
| | 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | | 理事長 |
| | 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | | 代表 次郎 |
| | 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク | |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | |
| 電話番号 | 999-999-9999 | |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | ユーザID | HJ1311111111 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 委任状の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-----|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 設定日 | 平成 年 月 日 | | |

| | | |
|-----|--------|--|
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ◇◇事業所 |
| | 事業所番号 | 131222222 |
| | ユーザID | HJ131222222 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 委任状の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ××事業所 |
| | 事業所番号 | 131333333 |
| | ユーザID | HJ131333333 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 11 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 30 年 11 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 委任状の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 委任状の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 委任状の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号

D20141115000001

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所
法人名
代表者

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者総合支援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 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | 委任期間 | 平成 26 年 12 月～平成 36 年 12 月 |

| | | | |
|--------------|---------------|-------|---|
| 委任先 (代理人) | 法人名 | △△△法人 | 印 |
| | 役職・部署名 | 理事長 | |
| | 氏名 または代表者名 | 代表 次郎 | |

(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

委任事業所が介護保険事業所の場合のみ、相殺の同意文及び署名欄が表示される。

委任事業所の介護給付費等から証明書発行手数料を控除することに同意する場合のみ、記入し、押印する。

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(変更・削除)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

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

| | | | |
|---------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ユーザID | HD1399999999 | | |
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン | | |
| | △△△法人 | | |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ | 変更箇所 に ■ 印 | <input type="checkbox"/> |
| | 理事長 | | <input type="checkbox"/> |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ | | <input type="checkbox"/> |
| | 代表 次郎 | | <input type="checkbox"/> |
| 郵便番号 | 〒111-1111 | | <input type="checkbox"/> |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク | | <input type="checkbox"/> |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | | <input type="checkbox"/> |
| 電話番号 | 999-999-9999 | | <input type="checkbox"/> |
| FAX番号 | 999-999-9999 | <input type="checkbox"/> | |

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|--------|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 変更・削除日 | 平成 年 月 日 | | |

代理人→国保連合会

管理番号

D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

| | |
|---------------|------------------------------|
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | △△△法人 |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | 理事長 |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | 代表 次郎 |
| 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 |
| 電話番号 | 999-999-9999 |
| 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、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている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)】

| 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 | 9 通 | 本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。 |
| 代理請求申請書類送付状 | 9 通 | 代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。 |
| 代理人登録申請書(新規) | 9 通 | 請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。 |
| 代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更) | 9 通 | 代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。 |
| 委任状 | 99 通 | 事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。 |

【提出書類(添付書類)】

| 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 | 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。 |
| 印鑑証明書 | 通 | 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。 |

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。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

代理人

平成 26 年 11 月 15 日

初回仮パスワード控え

「初回仮パスワード控え」は郵送する必要はありません。
本控えは、第三者の手に渡ることのないように大切に保管してください。

初 回 仮 パ ス ワ ー ド

| 大文字 | 小文字 | 小文字 | 大文字 | 数字 | 数字 | 小文字 | 小文字 | 小文字 | 大文字 | 数字 | 数字 | 数字 | 小文字 | 小文字 | 数字 |
|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|-----|----|
| F | t | h | R | 2 | 6 | y | c | e | F | 8 | 9 | 1 | t | i | 0 |

登録対象都道府県名 : ○○県

初回仮パスワードは、以下の際に必要となります。

- ・初回ログイン
- ・お知らせ「代理人登録結果に関するお知らせ通知」の添付ファイル確認

タイトル: 代理人情報登録 URL 通知 (代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
代理人情報の仮登録を受け付けました。

なお、登録手続きはまだ完了していません。
以下の代理人情報登録 URL にアクセスし、必要事項を入力して、登録を完了
させてください。

[代理人情報登録 URL]

<https://www.xxxxxxxx/xxxxxxx>

※URL の有効期間は代理人情報の届出申請から 24 時間です。

24 時間以内に代理人情報の登録申請を行ってください。

有効期間を過ぎた場合は、お手数ですが再度代理人情報の届出申請を行って
ください。

[問い合わせ先]

ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402

ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]

<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。

本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、

予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人情報登録却下通知[D20141101000001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報登録申請が却下されました。

再度、代理人情報の登録を行う場合は、却下理由をご確認の上、
以下の代理人情報登録 URL より行ってください。

[管理番号]
D20141101000001

[却下理由]
(却下理由が表示されます。)

[代理人情報登録 URL]
<https://www.xxxxxxxx/xxxxxxx>

※URL の有効期間は却下されてから 30 日です。
有効期間を過ぎた場合は、お手数ですが再度代理人情報の届出申請を
行ってください。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人登録結果に関するお知らせ通知[D20170925000001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報登録申請が承認されました。

代理人の登録情報、証明書発行用パスワードについては、
電子請求受付システムに以下のユーザIDでログインし、
お知らせ「代理人登録結果に関するお知らせ通知」の添付ファイルをご確認ください。

[管理番号]
D20170925000001

[ユーザ ID]
HD1399999999

[パスワード]
※代理人情報追加申請時に入力した初回仮パスワード

なお、以下の委任事業所については却下されました。

[却下委任事業所]

| 事業所番号 | ユーザ ID | 委任開始年月 | 委任終了年月 | 申請区分 |
|------------|--------------|-------------|--------|------|
| 1309000049 | HJ1309000049 | 2017 年 10 月 | | 追加 |
| 1309000359 | HJ1309000359 | 2018 年 01 月 | | 追加 |
| 1309000050 | HJ1309000050 | 2017 年 10 月 | | 追加 |

[却下理由]
(却下理由が表示されます。)

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人情報申請結果通知[D20170925000001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報申請が承認されました。

[管理番号]
D20170925000001

なお、以下の委任事業所については却下されました。

[却下委任事業所]

| 事業所番号 | ユーザ ID | 委任開始年月 | 委任終了年月 | 申請区分 |
|------------|--------------|-------------|--------|------|
| 1309000049 | HJ1309000049 | 2017 年 10 月 | | 追加 |
| 1309000359 | HJ1309000359 | 2018 年 01 月 | | 追加 |
| 1309000050 | HJ1309000050 | 2017 年 10 月 | | 追加 |

[却下理由]
(却下理由が表示されます。)

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

代理人→国保連合会

様式4-12

管理番号 D2017092500001

受付番号

平成 29 年 09 月 25 日

電子請求受付システム 代理請求申請書(削除)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住所
(代理人)

法人名
代表者

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うよう登録していましたが、以下の通り削除を申請します。

(1/2)

| | | |
|------|------------------------------|--|
| 代理人 | ユーザID | HD1399999999 |
| | 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクハウジン |
| | | △△△法人 |
| | 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | | 理事長 |
| | 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | | 代表 次郎 |
| | 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク | |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | |
| 電話番号 | 999-999-9999 | |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | ユーザID | HJ1311111111 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 代理人区分 | 同一事業者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-----|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 設定日 | 平成 年 月 日 | | |

| | | |
|-----|------------|--|
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ◇◇事業所 |
| | 事業所番号 | 131222222 |
| | ユーザID | HJ131222222 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ××事業所 |
| | 事業所番号 | 131333333 |
| | ユーザID | HJ131333333 |
| | 委任開始年月 | 平成 28 年 1 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 28 年 1 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

代 理 請 求 解 除 届

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所

法人名
代表者

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、当該委任期間中の障害者総合支援における介護給付費等の請求事務を委任していましたが、これを解除します。

| | | |
|--------------|---------|---------------------|
| 委任元 (事業所) | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | 委 任 期 間 | 平成 29 年 10 月～平成 年 月 |

| | | | |
|--------------|---------------|-------|---|
| 委任先 (代理人) | 法人名 | △△△法人 | 印 |
| | 役職・部署名 | 理事長 | |
| | 氏名 または代表者名 | 代表 次郎 | |

タイトル: 代理人情報登録申請取下げ通知[D2017092500001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報登録申請が取り下げられました。

国保連合会へ申請書類を郵送していない場合、郵送は不要です。

[管理番号]
D2017092500001

[申請内容]
代理人情報 登録申請

再度、代理人情報の登録を行う場合は、
以下の代理人情報登録 URL より行ってください。

[代理人情報登録 URL]
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

※URL の有効期限はメール送信日より 30 日です。
期限を過ぎた場合は、お手数ですが再度仮登録の手続きを行ってください。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人情報申請取下げ通知[D2017092500001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報申請が取り下げられました。

国保連合会へ申請書類を郵送していない場合、郵送は不要です。

[管理番号]
D2017092500001

[申請内容]
委任事業所 変更申請

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人情報申請取下げ通知[D2017092500001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報申請が取り下げられました。

国保連合会へ申請書類を郵送していない場合、郵送は不要です。

[管理番号]

D2017092500001

D2017092500002

[申請内容]

代理人情報 変更申請

[申請先都道府県]

〇〇〇県

△△△県

すでに各都道府県の国保連合会で承認、または却下された申請の管理番号は表示されません。

当該申請の結果については「代理人情報申請結果通知」をご確認ください。

[問い合わせ先]

ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402

ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]

<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。

本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

タイトル: 委任事業所情報申請取下げ通知[D2017092500001](代理人申請)

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報申請の委任事業所情報申請を取り下げました。

[管理番号]
D2017092500001

[一部取下げ委任事業所]
事業所番号 ユーザ ID 委任開始年月 委任終了年月 申請区分
1311111111 HJ1311111111 2017年10月 追加

なお、代理人情報申請の手続きは完了していません。
提出書類チェックシートをご確認の上、申請書類を国保連合会に郵送することで完了となります。
また、添付書類が必要な場合は、申請書類と併せて郵送してください。
※国保連合会の宛先は提出書類チェックシートをご確認ください。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

[電子請求受付システム URL]
<http://www.e-seikyuu.jp>

本メールはシステムが自動的に送信しております。
本メールへ返信にてお問い合わせいただいてもご回答できませんので、
予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

タイトル: 代理人登録結果に関するお知らせ通知

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の代理人情報登録申請が承認されました。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★
代理人登録情報、証明書発行用パスワードについては、添付の ZIP ファイルを
ご確認ください。

添付の ZIP ファイルを開くにはパスワードが必要です。
パスワードは、初回仮パスワードをご入力ください。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

[管理番号]
D20170925000001

なお、以下の委任事業所については却下されました。

[却下委任事業所]

| 事業所番号 | ユーザ ID | 委任開始年月 | 委任終了年月 | 申請区分 |
|------------|--------------|-------------|--------|------|
| 1309000049 | HJ1309000049 | 2017 年 10 月 | | 追加 |
| 1309000359 | HJ1309000359 | 2018 年 01 月 | | 追加 |
| 1309000050 | HJ1309000050 | 2017 年 10 月 | | 追加 |

[却下理由]
(却下理由が表示されます。)

[問い合わせ先]
ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402
ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

証明書発行用パスワード通知書

事業所 一郎 殿

発行日 2014/11/15

〇〇〇国民健康保険団体連合会

下記の通り、証明書発行用パスワードを通知します。
以前に通知されたものを再作成していますので、今後は今回通知されたパスワードをご利用ください。

ユーザID : HJ1311111111

証明書発行用パスワード:

| 大文字 | 小文字 | 数字 | 数字 | 小文字 | 大文字 | 小文字 | 数字 | 大文字 | 小文字 | 数字 | 数字 |
|-----|-----|----|----|-----|------|-----|----|-----|-----|----|----|
| ワイ | エイチ | ゴ | イチ | ティー | エックス | ディー | ヨン | エル | キュー | ハチ | ナナ |
| Y | h | 5 | 1 | t | X | d | 4 | L | q | 8 | 7 |

証明書発行用パスワードは以下の際に必要となります。

- ・証明書の発行申請(更新の申請を含む)
- ・発行された証明書のインストール

本通知書は、第三者の手に渡ることのないように大切に保管してください。

電子請求受付システム 電子証明書失効申請書

〇〇〇国民健康保険団体連合会
〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
法人名
代表者

印

下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| ユーザID (必須) | |
| 事業所名 または、法人名 (必須) ※1 | (カナ) |
| 代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1 | (カナ) |
| 郵便番号(必須) | 〒 ー |
| 住所(必須) | (カナ) |
| 電話番号(必須) | ー ー |
| FAX番号 | ー ー |
| メールアドレス | @ |
| 事業所番号 | |
| 有効期限 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 |
| 失効年月日 | 平成 年 月 日 |
| 失効理由 | |

※1 失効する電子証明書の発行申請者が代理人の場合は、法人名、証明書申請者名を記載する。

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-------|----------|-------|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 失効年月日 | 平成 年 月 日 | 手数料残高 | |

タイトル: 証明書失効通知

本文: 障害者総合支援電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書が失効されました。

[連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
HJ1311111111

[有効期限]
2014年12月05日

[失効年月日]
2014年11月01日

[失効理由]
(失効理由が表示されます。)

[問い合わせ先]
失効理由についてご不明な点は、〇〇〇国民健康保険団体連合会へ
お問い合わせください。
その他の証明書に関する問い合わせは、以下へお問い合わせください。
ヘルプデスク: 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

タイトル: 証明書有効期限切れ事前通知

本文: 障害者総合支援電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書に関して、有効期限が間近となっております。
引き続きご利用になる場合は、証明書の有効期限が切れる前に、
証明書の発行申請が必要です。
証明書の発行には日数を要するため、以下の操作手順に沿って、
お早めに発行申請を行ってください。

[連合会名]

〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]

HJ1311111111

[有効期限]

2014 年 12 月 05 日

[操作手順]

1. 【証明書】画面を開きます。
2. 「証明書の発行申請をする」を選択して、[次へ]をクリックします。
以降の作業については、ログイン後のメニューで【FAQ】をクリックし、「証明書の更新方法について」を参照して作業を進めてください。

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※ 事業所宛の場合

タイトル: 証明書発行用パスワード再発行通知

本文: 障害者総合支援電子請求受付システムからのお知らせです。

再発行された証明書発行用パスワードを通知いたします。

★★

添付された証明書発行用パスワード通知書の ZIP ファイルを取得してください。

添付の ZIP ファイルを開くにはパスワードが必要です。

パスワードは、ログイン用をご入力ください。

★★

[ユーザ ID]

HJ1311111111

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※ 代理人宛の場合

タイトル: 証明書発行用パスワード再発行通知

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。
再発行された証明書発行用パスワードを通知いたします。

★★

添付された証明書発行用パスワード通知書の ZIP ファイルを取得してください。

添付の ZIP ファイルを開くにはパスワードが必要です。

パスワードは、ログイン用をご入力ください。

★★

[ユーザ ID]

HD1399999999

[問い合わせ先]

ヘルプデスク(介護保険): 0570-059-402

ヘルプデスク(障害者総合支援): 0570-059-403

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

記載例

記載例

[障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届]

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会

開設者

理事長

住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3

国保 太郎

様

氏名 申請 太郎



給付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。

群馬県への届出の際に使用する印鑑を押印する(法人の代表者印等)

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------|--|--------------------------------------|--------------|-----|---|-------|------|
| 事業所番号 | 5010000001 | | | 郵便番号 | 999-9999 | | | 合会使用欄 | |
| 法人等種別 | 01 | 社会福祉法人(社協以外) | | 電話番号 | 98-7654-3210 | | | | |
| (請求先)事業所名称 | ×××事業所 | | | FAX番号 | 98-7654-3211 | | | | |
| フリガナ(所在地) | マルマルケンサンカクサンカクシカクシカク1-2-3 | | | 振込先 | 0 | 1 | 2 | 3 | 〇〇銀行 |
| 所在地 | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | | | 支店名 | 4 | 5 | 6 | ◇◇支店 | |
| フリガナ(請求者) | シセイ 知 | | | フリガナ(受領者) | シセイ 知 | | | | |
| 請求者 | 申請 太郎 | | | (口座名義人)受領者 | 申請 太郎 | | | | |
| | 届出理由(該当番号に○をつけてください) | | | 異動年月 | 旧事業所番号 | | | | |
| ① | 新設 | | | 平成28年 5月請求分より | 支払先事業所番号 | | | | |
| 2 | 請求者及び受領者(口座名義)の変更 | | | ※摘要 | | | | | |
| 3 | 振込先及び口座番号の変更 | | | | | | | | |
| 4 | その他() | | | | | | | | |
| 決定通知等の送付データの形式 | | | | FDF <input checked="" type="radio"/> | | CSV | | | |
| 旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 印 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | 決定通知等の送付データでCSVを希望する場合は、CSVに○をマークする。 | | | | | |
| | | | | | | | | | |

記載例

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類
と必要な添付書類」を参照し、押印する。

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代表 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。

| | |
|---------------|------------------------------|
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | △△△法人 |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | 理事長 |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | 代表 次郎 |
| 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ)マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 |
| 電話番号 | 999-999-9999 |
| FAX番号 | 999-999-9999 |
| メールアドレス | dairinin@jp |
| 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

代理人→国保連合会

管理番号 D20170925000001

受付番号

平成 29 年 09 月 25 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代表 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、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

(1 / 1)

| | | |
|------|------------------------------|--|
| 代理人 | ユーザID ※1 | |
| | 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | | △△△法人 |
| | 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | | 理事長 |
| | 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | | 代表 次郎 |
| | 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク | |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | |
| 電話番号 | 999-999-9999 | |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | ユーザID | HJ1311111111 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 委任状の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-----|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 設定日 | 平成 年 月 日 | | |

記載例

代理人→事業所→代理人→国保連合会

| | |
|------|-----------------|
| 管理番号 | D20141115000001 |
|------|-----------------|

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
 法人名 〇〇〇法人 △△会
 代表者 事業所 一郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者総合支援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 | 〇〇事業所 | | | | | | | | |
| | 事業所番号 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 委任期間 | 平成 26 年 12 月～平成 年 月 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任先 (代理人) | 法人名 | △△△法人 | | | | | | | | |
| | 役職・部署名 | 理事長 | | | | | | | | |
| | 氏名 または代表者名 | 代表 次郎 | | | | | | | | |

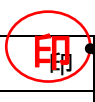


表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。

委任事業所が介護保険事業所の場合のみ、相殺の同意文及び署名欄が表示される。

委任事業所の介護給付費等から証明書発行手数料を控除することに同意する場合のみ、記入し、押印する。

(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

記載例

代理人→国保連合会

管理番号 D20141115000001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

| | |
|---------------|---------------------------------|
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | △△△法人 |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | 理事長 |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | 代表 次郎 |
| 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 |
| 電話番号 | 999-999-9999 |
| 連絡欄 | <u>不在の場合は、担当:花子までお問い合わせ下さい。</u> |

国保連合会への連絡事項等があれば記載する。

記載例

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 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、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている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)】

| 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 | 9 通 | 本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。 |
| 代理請求申請書類送付状 | 9 通 | 代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。 |
| 代理人登録申請書(新規) | 9 通 | 請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。 |
| 代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更) | 9 通 | 代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。 |
| 委任状 | 99 通 | 事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。 |

添付する書類数を記入する。

【提出書類(添付書類)】

| 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 | ● 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)併せて送付してください。 |
| 印鑑証明書 | 通 | ● 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)併せて送付してください。 |

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。

【申請書類等の提出先】

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[④法人名以外の代理人情報を変更する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム
代理人登録申請書(変更・削除)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住所 ◇◇県〇〇市△△9-9-9
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代表 三郎

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。



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、

代理人登録した内容を次の通り 変更したい 削除したい ので申請します。

| | | |
|---------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ユーザID | HD1399999999 | |
| 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン | |
| | △△△法人 | |
| 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ | <input type="checkbox"/> |
| | 理事長 | <input type="checkbox"/> |
| 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ サブロウ | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 代表 三郎 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 郵便番号 | 〒111-9999 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 住所 | (カナ) シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | ◇◇県〇〇市△△9-9-9 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 電話番号 | 111-111-1111 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FAX番号 | 111-111-1111 | <input checked="" type="checkbox"/> |

変更箇所に■をマーク

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|--------|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 変更・削除日 | 平成 年 月 日 | | |

記載例

管理番号 D20170925000001

受付番号

平成 29 年 09 月 25 日

電子請求受付システム
代理請求申請書(削除)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人)

法人名 △△△法人
代表者 代表 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、下記の事業所に代わって請求を行うよう登録していましたが、以下の通り削除を申請します。

(1/2)

| | | |
|------|------------------------------|--|
| 代理人 | ユーザID | HD001111111111 |
| | 法人名 | (カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン |
| | | △△△法人 |
| | 役職・部署名 | (カナ) リジチョウ |
| | | 理事長 |
| | 氏名 または代表者名 | (カナ) ダイヒョウ ジロウ |
| | | 代表 次郎 |
| | 郵便番号 | 〒111-1111 |
| 住所 | (カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク | |
| | 〇〇県△△市◇◇1-2-3 | |
| 電話番号 | 999-999-9999 | |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | ユーザID | HJ1311111111 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 同一事業者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-----|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 設定日 | 平成 年 月 日 | | |

| | |
|------|----------------|
| 管理番号 | D2017092500001 |
|------|----------------|

(2 / 2)

| | | |
|-----|------------|--|
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ◇◇事業所 |
| | 事業所番号 | 1312222222 |
| | ユーザID | HJ1312222222 |
| | 委任開始年月 | 平成 29 年 10 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 99 年 99 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 事業所 | 制度 | 障害者総合支援 |
| | 事業所名 | ××事業所 |
| | 事業所番号 | 1313333333 |
| | ユーザID | HJ1313333333 |
| | 委任開始年月 | 平成 28 年 1 月 |
| | 委任終了年月 | 平成 28 年 1 月 |
| | 代理人区分 | 第三者 |
| | 代理請求解除届の添付 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 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 |
| | 代理人区分 | |
| | 代理請求解除届の添付 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

記載例

代 理 請 求 解 除 届

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所 〇〇県△△市◇◇1-1-1

法人名 〇〇〇法人 △△会

代表者 事業所 一郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、当該委任期間中の障害者総合支援における介護給付費等の請求事務を委任していましたが、これを解除します。

| | | |
|--------------|---------|---------------------|
| 委任元 (事業所) | 事業所名 | 〇〇事業所 |
| | 事業所番号 | 1311111111 |
| | 委 任 期 間 | 平成 29 年 10 月～平成 年 月 |

| | | | |
|--------------|---------------|-------|---|
| 委任先 (代理人) | 法人名 | △△△法人 | 印 |
| | 役職・部署名 | 理事長 | |
| | 氏名 または代表者名 | 代表 次郎 | |

記載例

[事業所が証明書を失効する場合]

受付番号

平成 26 年 11 月 1 日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
 法人名 〇〇〇法人 △△会
 代表者 事業所 一郎



下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。

| | |
|-------------------------------|---|
| ユーザID (必須) | H J 1 3 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| 事業所名 または、法人名 (必須) ※1 | (カナ) <u>サンカクサンカクジギョウシヨ</u> <u>△△事業所</u> |
| 代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1 | (カナ) <u>ジギョウシヨ イチロウ</u> <u>事業所 一郎</u> |
| 郵便番号(必須) | 〒 <u>111-1111</u> |
| 住所(必須) | (カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u> |
| 電話番号(必須) | <u>999-999-9999</u> |
| FAX番号 | <u>999-999-9999</u> |
| メールアドレス | <u>jigyousyo@jp</u> |
| 事業所番号 | <u>1 3 1 1 1 1 1 1 1 1</u> |
| 有効期限 | 平成 <u>26</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日～平成 <u>29</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日 |
| 失効年月日 | 平成 <u>26</u> 年 <u>12</u> 月 <u>1</u> 日 |
| 失効理由 | <u>事業所の廃止に伴い証明書が不要となったため。</u> |

※1 失効する電子証明書の発行申請者が代理人の場合は、法人名、証明書申請者名を記載する。

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-------|----------|-------|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 失効年月日 | 平成 年 月 日 | 手数料残高 | |

記載例

[代理人が証明書を失効する場合]

受付番号

平成 26 年 11 月 1 日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
法人名 △△△法人
代表者 代表 次郎



下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ユーザID (必須) | <u>H</u> <u>D</u> <u>1</u> <u>3</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 または、法人名 (必須) ※1 | (カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1 | (カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号(必須) | <u>〒111-1111</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所(必須) | (カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号(必須) | <u>999-999-9999</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 | <u>999-999-9999</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | <u>dairinin@jp</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ● ————— 代理人の場合は、記載不要。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | 平成 <u>26</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日～平成 <u>29</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 失効年月日 | 平成 <u>26</u> 年 <u>12</u> 月 <u>1</u> 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 失効理由 | <u>代理請求期間の終了に伴い証明書を不要となったため。</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1 失効する電子証明書の発行申請者が代理人の場合は、法人名、証明書申請者名を記載する。

<国保連合会記入欄>

| | | | |
|-------|----------|-------|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 担当者 | |
| 失効年月日 | 平成 年 月 日 | 手数料残高 | |