

介護給付費 審査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		619,190 円	
(10%対象)		(内消費税額等 56,290 円)	
内 訳			
区分	件数	一件当たり単価	金額
県内	9,481	円 銭 65 0	616,265 円
県外	45	円 銭 65 0	2,925 円

払込期限	令和5年11月15日
送金先	銀行××支店
預金種目	普通 口座番号 1234567
口座名	〒〒〒〒〒〒〒〒〒

令和5年11月5日

市 町1-2-1
国民健康保険団体連合会
理事長

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収 書

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	
(取扱店)			
内 訳			
区分	件数	一件当たり単価	金額
県内	9,481	円 銭 65 0	616,265 円
県外	45	円 銭 65 0	2,925 円

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

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

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行××支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 619,190 円	取組印
依頼人	フリガナ 〒〒〒〒〒〒〒〒〒 氏名 県国保連合会	
	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と一緒にごなく個別にお取扱下さい。	
依頼人	フリガナ 〒〒〒〒〒〒〒〒〒 氏名 ×××× 殿	

公 金

備考
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

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 審査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	収入科目				
内 訳					1234567	款	項	目	節
区分	件数	一件当たり単価	金額		11	22	33	44	
県内	9,481	円 銭 65 0	616,265 円						
県外	45	円 銭 65 0	2,925 円						

振込人 取扱銀行 連合会	番号 123456
振込人	氏名 ××××

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

×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 2,929 円)	
内 訳			
区分	件数	一件当たり 単価	金額
県内	431	円 65 銭 0	28,015 円
県外	14	円 65 銭 0	910 円

払込期限	令和5年11月15日
送金先	銀行×支店
預金種目	普通 口座 番号 1234567
口座名	〒〒〒〒〒〒〒〒〒〒

令和5年11月5日

市 町1-2-1
国民健康保険団体連合会
理事長

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収 書

×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	
(取扱店)			
内 訳			
区分	件数	一件当たり 単価	金額
県内	431	円 65 銭 0	28,015 円
県外	14	円 65 銭 0	910 円

年 月 日

取扱店の領収印のないものは
無効です。

理事長印

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

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行×支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 28,925 円	実施印 承認合印
フリガナ	〒〒〒〒〒〒〒〒〒〒	
氏名	県国保連合会	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
依頼人	フリガナ 〒〒〒〒〒〒〒〒〒〒 氏名 ×××× 殿	

公 金

備考
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

出納済印または振替科目

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

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		28,925 円		口座番号		収入科目			
内 訳		1234567				款	項	目	節
区分	件数	一件当たり 単価	金額						
県内	431	円 65 銭 0	28,015 円						
県外	14	円 65 銭 0	910 円						

振込人 取扱銀行 連合会	番号 123456
振込人	氏名 ××××

介護給付費 審査支払手数料払込請求書（公費負担分）

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	149,500 円		
(10%対象)	(内消費税額等 13,590 円)		
払込期限	令和 5 年 11 月 15 日		
送金先	銀行 × × 支店		
預金種目	普通	口座番号	9999999
口座名	〒8787233 〇〇〇 〇〇〇		

令和 5 年 11 月 10 日

市 町 1 - 2 - 1
国民健康保険団体連合会
理事長

理事
長印

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収 書

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	149,500 円	(取扱店)
----	-----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは
無効です。

理事
長印

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

取組日	年 月 日			実施印	
先方銀行	銀行 × × 支店		複記		
受取人	預金種目	普通	口座番号	9999999	金額 149,500 円
	フリガナ	〒8787233 〇〇〇 〇〇〇			
	氏名	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇			
依頼人	フリガナ	〒8787233 〇〇〇 〇〇〇			
	氏名	× × × × 殿			

(おねがい)
1. この振込は他の銀行と一緒にごとなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考	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

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 審査支払手数料振込通知書（公費負担分）

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	149,500 円	口座番号	収入科目			
			款	項	目	節
		9999999	11	22	33	44

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号	12345678
	氏名	× × × ×

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）

×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)	14,170 円 (内消費税額等 1,288 円)
払込期限	令和 5 年 11 月 15 日
送金先	銀行 × × 支店
預金種目	普通 口座番号 1234567
口座名	××××××××××

令和 5 年 11 月 5 日

市 町 1 - 2 - 1
国民健康保険団体連合会
理事長

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 (登録番号 T1234567890123)

領 収 書

×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	14,170 円	(取扱店)
----	----------	-------

年 月 日

取扱店の領収印のないものは
無効です。

理事長印

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

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	× × 銀行 支店	複記
受取人	預金種目 普通 口座番号 9876543 金額 14,170 円	預照合印
フリガナ	× × 国民健康保険会	(おながい) 1. この振込は他の銀行と 一緒にすることなく個別に お取扱下さい。
氏名	× × × × × 殿	
依頼人	フリガナ 氏名 × × × × × 殿	

公 金

備考
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 10 月
払込期限 5 年 11 月 15 日

出納済印または振替科目

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）

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	14,170 円	口座番号	収入科目
		9876543	款 項 目 節
			11 22 33 44

振込人 取扱銀行 連合会

振込人	番号 12345678
氏名	× × × × ×