措共様式第１号

措置費の請求及び受領に関する届

年　　月　　日　提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長　　様

開 設 者

所 在 地

法 人 名

氏　　名　　印

措置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。
措置費については、貴会が振込のときをもってその金額を領収致したこととし、当該金融機関の振込受領書をもって当方の領収書に代えさせていただきます。
なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

施設番号		（金融機関名）振込先	
施設種別			
フリガナ		店舗名	
（請求先）施設名		預金種別	□ 普通　□ 当座　□ その他
郵便番号		口座番号	
フリガナ		フリガナ	
所在地		（口座名義人）受領者	
フリガナ		請求書に使用する印	国保連使用欄
請求者			
役職名			
電話番号			
ＦＡＸ番号			
Ｅメール			
備考			