

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

鹿児島県国民健康保険団体連合会
理事長 川野 信男 様

届出者 住所

氏名

印

特定健診等費用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。

健診等 機関番号											連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	①											
健診等 機関名称	TEL										-	
フリガナ	FAX										-	
住所地	1:診療報酬と同一の口座に振込を希望										2:希望しない	
	1:銀行振込										2:告知書振込	
	振込先	銀行コード						銀行				
	支店名	支店コード						支店				
	口座番号	普通 当座 その他										
フリガナ	フリガナ											
請求者	受領者 (口座名義人)											
	届出理由 (該当番号に○をつけてください)										異動年月	旧健診等機関番号
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										年 月振込から変更	摘要
3	請求方法の変更											
4	振込先及び口座番号の変更											
5	その他 ()											
請求形態	1:電子媒体(MO) 2:電子媒体(FD) 3:電子媒体(CD-R) 4:オンライン											
備考												

注1 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、鹿児島県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。