

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記入例

鹿児島県国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者が法人の場合は代表者を
その他の場合は
開設者を記入
届出者 住所 鹿児島県鹿児島市鴨池新町〇〇原 3-7-4
年 月 日 提出
届出る日付を記入

保険医療機関は診療報酬と同じ機関
番号を。それ以外は健診機関登録の
際、付番された機関番号。

都道府県番号
鹿児島県(46)から記入

氏名 〇〇法人〇〇会 国保病院 理事長 国保 太郎印

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 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | 連 合 会 使 用 欄 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | 〇〇〇〇ハウジン〇〇〇〇カイコクホビョウイン | | | | | | | | | | 〒 | 8 | 9 | 0 | - | 0 | 0 | 6 | 4 | | | | |
| 健診等 機関名称 | 〇〇法人〇〇会 国保病院 | | | | | TEL | 0 | | 9 | 9 | - | 2 | 0 | 6 | - | 1 | 0 | 3 | 3 | | | | |
| フリガナ | カゴシマケンカゴシマシ〇〇ハラ 3-7-4 | | | | | FAX | 0 | | 9 | 9 | - | 2 | 0 | 6 | - | 1 | 0 | 6 | 9 | | | | |
| 住所地 | 都道府県名より記載。丁目・番地 については省略して記入 3丁目7番4号→3-7-4 鹿児島県鹿児島市〇〇原 3-7-4 | | | | | ①:診療報酬と同一の口座に振込を希望 2:希望しない | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 開設者と異なる場合は委任状と委任者 の印鑑証明が必要 ※振込口座通帳の写し…表紙と名義ナ ナが表記されている箇所 | | | | | ①:銀行振込 2:告知書振込 銀行コード・支店コード はわかる範囲で記入を | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 振込先 | 銀行コード | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 国保 | | | | 銀行 | | | | |
| | | | | | | 支店名 | 支店コード | | | 1 | 2 | 3 | 鴨池新町 | | | | 支店 | | | | | | |
| フリガナ | 〇〇ハウジン〇〇カイコクホビョ ウインインチョウコクホハナコ | | | | | フリガナ | 〇〇ハウジン〇〇カイコクホビョウインイン インチョウコクホハナコ 通帳に記載されている受領者名議の口座を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 | 〇〇法人〇〇会 国保病院 院長 国保 花子 | | | | | 受領者 (口座名義人) | 〇〇法人〇〇会 国保病院 院長 国保 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 該当するすべての番 号に○印 | | | | | | 20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 | | | | | | 変更を希望する月を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 請求形態はいずれか一つを選択 《変更が生じた場合は届出変更手続きを》 | | | | | | 該当するいずれかの番号に○ | | | | | | | | | | | |

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。