

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 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					〒							
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。