

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

兵庫県国民健康保険団体連合会
理事長 矢田 立郎 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				運 合 会 使 用 欄
フリガナ	郵便番号			
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	摘要	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更			
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 5:未定			
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、兵庫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。