

## 特定健診等費用の請求及び受領に関する届 記 載 要 領

- 1 「届出者」は、法人の場合は代表者名を、その他の場合は開設者名を記入してください。
- 2 「健診等機関番号」、「健診等機関名称」、「住所地」、「郵便番号」、「TEL」は、支払基金に届け出た内容と同内容を記入してください。
- 3 「届出日」、「請求者」、「請求形態」は、必ず記入してください。
- 4 「請求者名」は、必ずフリガナを付してください。
- 5 「1:診療報酬と同一の口座に振込を希望、2:希望しない」欄は、該当数字を○で囲んでください。
- 6 診療報酬と同一の口座に振込を「2:希望しない」を選択した場合、「銀行振込、告知書振込」、「振込先」、「支店名」、「口座番号」、「フリガナ」、「受領者（口座名義人）」欄は、必ず記入してください。「口座番号の科目」欄は、該当文字を○で囲んでください。  
(診療報酬と同一の口座に振込を希望を選択した場合は、記入の必要はありません。)
- 7 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」により届け出てください。

注1:振込先が変更になる場合は、振込先が変わる支払月の前月末までに本届を提出してください。

注2:診療報酬と同一の口座に振込を希望している場合で、振込先を変更する時は診療報酬側で振込先の変更届を提出いただきますが、特定健診側に反映されるのが1ヶ月後となる場合がありますのでご注意ください。

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

届け出る日付

平成 年 月 日 提出

## 記入例

兵庫県国民健康保険団体連合会  
理事長 矢田 立郎 様

法人の場合は代表者名、その他の場合は開設者名

届出者 住所 △△市□□町■1-2-3  
氏名 ○○病院 国保 太郎 印

都道府県コード+1+医療機関

記載願います。

押印願います。

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	○○1○○○○○○○	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	○○○○ビョウイン	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
健診等 機関名称	○○病院	TEL	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
フリガナ	○○○○ケン△△△△シ □□□□マチ■1-2-3	FAX	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
住所地	○○県△△市 □□町■1-2-3	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 1 2 3 4 国保 銀行
		支店名	支店コード 1 2 3 永田町 支店
フリガナ	ココホ タロウ	口座番号	1(普通) 2:当座 4:貯蓄 9:その他( ) 1 2 3 4 5 6 7
請求者	国保 太郎	フリガナ	ココホ タロウ
	受領者	国保 太郎 (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	平成 20年 4月請求分より	○○1○○○○○○○
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		摘要
3	請求方法の変更		「1:診療報酬と同一の口座に振込を希望」を選択する場合は、記載の必要はありません。 「2:希望しない」を選択する場合は、記載願います。
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	請求形態はいずれか1つを選択 (変更が生じた場合は、届を提出)		

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。