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　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。

<table>
<tr><td>健診等
機関番号</td><td colspan="2"></td><td>連合会使用欄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>郵便番号</td><td colspan="2">　　－　　</td></tr>
<tr><td>健診等
機関名称</td><td colspan="2"></td><td>TEL</td><td colspan="2">　　－　　－　　</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>FAX</td><td colspan="2">　　－　　－　　</td></tr>
<tr><td rowspan="5">住所地</td><td colspan="2" rowspan="5"></td><td colspan="3">1:診療報酬と同一の口座に振込を希望　2:希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="3">1:銀行振込　　2:告知書振込</td></tr>
<tr><td>振込先</td><td>銀行コード</td><td></td><td>銀行</td></tr>
<tr><td>支店名</td><td>支店コード</td><td></td><td>支店</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2">普通　当座
その他</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>請求者</td><td colspan="2"></td><td>受領者
（口座名義人）</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

	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		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　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。