

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

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											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																			
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。