

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」の氏名は、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 「届出者」の住所は、法人の場合は本部の所在地を、その他の場合は開設者の住民票の住所を記入してください。
- 3 「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。
- 4 「届出日」、「請求者」、「請求形態」は、必ず記入してください。
- 5 「請求者名」は、法人の場合は代表者の職位及び氏名を、その他の場合は開設者名を記載してください。
また、法人、その他の場合にかかわらず、必ずフリガナを付してください。
- 6 「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、いずれか1つを○で囲んでください。
- 7 「診療報酬と同一の口座に振込を希望」または「希望しない」に関わらず、「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。
※振込先銀行口座の通帳コピーを添付してください。
(銀行名、支店名、口座番号、口座名義(カナ)が確認できるページ)
- 8 届出内容に変更が生じた時は、必ず「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」を提出して下さい。
なお、届出を提出する時期により、支払先の変更ができない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

記入例

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

【法人の場合】

住所: 主たる事務所の所在地

氏名: 法人名、代表者の職位及び氏名

【その他の場合】

住所: 住民票の住所

氏名: 開設者個人名

届け出る日付

年 月 日 提出

支払基金に届け出た内容
と同内容を記載ください。

28+1または2+医療機関コード

届出者 住所 △△市□□町■■■1-2-3
氏名 医療法人社団 ○○会
○○診療所 理事長 国保 太郎

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	○○1○○○○○○○○	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	イリョウホウジンシャダン○○カイ ○○シンリョウジョ	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
健診等 機関名称	医療法人社団○○会○○診療所	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 左詰め 銀行
		支店名	支店コード 1 2 3 永田町 支店
フリガナ	リジチョウ コクホ タロウ	口座番号	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7 その他()
フリガナ	イ)○○カイ ○○シンリョウジョ	フリガナ	イ)○○カイ ○○シンリョウジョ
請求者	理事長 国保 太郎	受領者 (口座名義人)	医療法人社団 ○○会 ○○診療所
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	○○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	【新設の場合】 請求を開始する月を記入してください。	「1: 診療報酬と同一の口座に振込を希望」「2: 希望しない」に関わらず、必ず記入してください。 ※通帳コピーを添付してください。 (銀行名、支店名、口座番号、口座名義(カナ)が確認できるページ)
4	振込先及び口座番号の変更	【口座変更の場合】 口座を変更する月を記入してください。 ※届出を提出する時期によっては お問い合わせする場合があります。 あらかじめご了承ください。	
5	その他 ()	【法人の場合】 開設者法人名義 【その他の場合】 開設者個人名義	
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) ※請求データ作成等事務処理を医師会様に委託されている場合は、「3.電子媒体(CD-R)」を選択してください。		

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。