

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

青森県国民健康保険団体連合会理事長 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											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 <input checked="" type="radio"/> 2: 希望しない		
											<input checked="" type="radio"/> 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					旧健診等機関番号 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、青森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。

記入例

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

青森県国民健康保険団体連合会理事長 様

平成 29年 3月 1日 提出

↑ 届け出る日付

代表者、開設者

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(02)+1+医療機関

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	0 2 1 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	〇〇〇〇ビョウイン	郵便番号	1 2 3 4 5 6 7
健診等 機関名称	〇〇病院	TEL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	〇〇〇〇ケン△△△シ □□□チヨウ■■■1-2-3	FAX	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
住所地	〇〇県△△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
		支店名	支店コード 1 2 3 永田町
口座番号	普通 当座 その他	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	コクホ タロウ	フリガナ	コクホ タロウ
請求者	国保 太郎	受領者 (口座名義人)	国保 太郎
	届出理由 (該当番号に〇をつけてください)	異動年月	旧健診等機関番号
①	新設	平成 29年 4月 請求分より	0 2 1 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	↑ 請求する月 (健診実施月ではない)	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	請求形態は、いずれか1つを選択		

保険医療機関において、振込先が診療報酬と同一口座であっても、本会事務処理上「2希望しない」としてまいります。

届出する口座通帳の、表紙をめくつた所にカタカナで記載されている口座名を正しくお書きください。

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、青森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。