特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記　入　例

宮崎県国民健康保険団体連合会
理事長　戸敷　正　様

平成 30　年　4　月　1　日提出
届け出る日付

代表者又は、開設者
届出者　住所　△△市□□町■■1-2-3
氏名　〇〇病院　国保　太郎　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	4 5 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				
健診等機関名称	〇〇病院				
フリガナ	〇〇〇〇ケン△△△△シ□□□□マチ■■■■1-2-3	郵便番号	1 2 3 ― 4 5 6 7		
住所地	〇〇県△△市□□町■■1-2-3	TEL	0 1 2 3 ― 4 5 ― 6 7 8 9		
		FAX	0 1 2 3 ― 4 5 ― 6 7 8 9		
		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
		口座番号	1:普通 2:当座 3:別段 4:貯蓄 9: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		

左詰め

左詰め

	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 30 年　4　月請求分より	4 5 〇〇〇〇〇〇〇〇
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（CD-R）　3:オンライン　4: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、宮崎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。