

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記入例

平成 20 年 4 月 1 日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会
理事長 宮前 敏十郎 様

届け出る日付

代表者を、開設者

所在地の都道府

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+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	1:0100000000	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	ガンマケン△△△△シ □□□□マチ■■■1-2-3	FAX	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
住所地	群馬県△△市 □□町■■■1-2-3 (診療報酬と同一の口座に振込を希望する・しないに関わらず) 必ずご記入ください。	①:診療報酬と同一の口座に振込を希望 2:希望しない	
		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 銀行
		支店名	支店コード 1 2 3 永田町 支店
フリガナ	コクホ タロウ	口座番号	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7 その他
請求者	国保 太郎	フリガナ	コクホ タロウ 左詰め
受領者	国保 太郎 (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 新規の届なので1となります	平成 20 年 4 月請求分より	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 摘要 記入しない
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	請求形態はいずれか1つを選択		

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、群馬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。