

特定健診等費用の請求及び受領に関する届 記 載 要 領

- 1 届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から届け出願います。
- 2 「特定健診・特定保健指導機関コード」欄は、左から機関所在地の都道府県コードを2桁、その後「1」を記載後、医療機関コードを記入してください。
(群馬県コード「10」(2桁)＋「1」(1桁)＋医療機関コード(7桁))
- 3 「届出日」、「健診等機関番号」、「請求者」、「受領者」、「異動年月」、「届出理由」、「請求形態」は、必ず記入してください。
- 4 「請求者名」、「受領者名」は、必ずフリガナを付してください。
なお、「請求者名」には費用請求者名を、「受領者名」には費用受領者を記入してください。
- 5 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、「振込先」、「支店名」、「口座番号」、「銀行振込」は、必ず記入してください。
- 6 「口座番号の科目」欄は、該当文字を○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、希望しない」欄、「銀行振込」欄、「届出理由」欄、「請求形態」欄は、該当数字を○で囲んでください。
- 8 「住所地」には、郵便番号も必ず記載してください。
- 9 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」により届け出てください。
(群馬県国保連合会に備え付けています。)

※ 国保連合会から健診・保健指導費用の支払を受ける場合に必要となる情報です。