

記入例

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

届出日

××年××月××日提出

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者の住所及び氏名(開設者が法人の場合は、法人名及び代表者名)を記載し、開設者印(法人印)を押印してください。

届出者 住所 群馬県前橋市〇〇町1-1
氏名 医)国保会 国保病院
理事長 国保 太郎

印
印

都道府県コード+1+医療機関コード

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 0 1 0 1 2 3 4 5 6	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	イ)コクホカイ コクホビヨウイン	郵便番号	3 7 0 - 0 1 2 3
健診等 機関名称	医療法人 国保会 国保病院	TEL	0 2 7 - 1 1 1 - 1 1 1 1
フリガナ	マエバシシ〇〇マチ1-1	FAX	0 2 7 - 1 1 1 - 1 1 1 2
住所地	群馬県前橋市〇〇町1-1	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 5 6 7 前橋 支店
フリガナ	リジチヨウ コクホ タロウ	フリガナ	イ)コクホカイ 左詰め
請求者	理事長 国保 太郎	受領者 (口座名義人)	医療法人 国保会
	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	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	請求の開始及び届出内容の変更が発生する年月を記載してください。	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			

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。