

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日 提出

埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 木下 博 様

住所
届出者 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				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						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)							
1 2 3 4 5	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			
	新設			年 月請求分より				摘要			
	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
	請求方法の変更										
	振込先及び口座番号の変更										
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、埼玉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。