

記入例

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 木下 博 様

届ける日を記入

平成 年 月 日 提出

届出者が法人の場合は
代表者を、その他の場合
は開設者を記入

住所
届出者 氏名 印

特定健診等費

現在登録している医療機関コードを記入
保険医療機関登録していない場合は、支払
基金から機関登録後記入する

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 1 1 0 0 0 0 0 0 0 | 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 | <input type="checkbox"/> 1: 診療報酬と同一の口座に振込を希望 <input type="checkbox"/> 2: 希望しない <input type="checkbox"/> 1: 銀行振込 <input type="checkbox"/> 2: 告知書振込 | |
| | 振込先 | 銀行 |
| | 支店名 | 支店 |
| | 口座番号 | 普通 当座 その他 |
| フリガナ | フリガナ | |
| 請求者 | 開設者と異なる場合は支払基金 同様に、国保連合会備付の委任 状を提出 | 受領者 (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 |
| <input type="checkbox"/> 1 | 新設 | 旧健診等機関番号 |
| <input type="checkbox"/> 2 | 請求者及び受領者 (口座名義) の変更 | |
| <input type="checkbox"/> 3 | 請求方法の変更 | |
| <input type="checkbox"/> 4 | 振込先及び口座番号の変更 | |
| <input type="checkbox"/> 5 | その他 () | |
| 請求形態 | <input type="checkbox"/> 1: 電子媒体 (M0) <input type="checkbox"/> 2: 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> 3: 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> 4: オンライン <input type="checkbox"/> 5: 未定 | |
| 備考 | 請求形態はいずれか1つを選択 未定の場合、備考欄に未定である理由を 記入して下さい | |

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
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。