

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記入例

石川県国民健康保険団体連合会
理事長 油野 和一郎 様

年 5 月 1 日 提出

提出する日付

代表者、開設者

届出者 住所 △△市□□町■■■1-2-3
氏名 ○○病院 国保 太郎 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	1 7 1 0 1 2 3 4 5 6	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	○○○○ピョウイン	郵便番号	1 2 3 4 5 6 7
健診等 機関名称	○○病院	TEL	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	○○○○ケン△△△△シ □□□□マチ■■■1-2-3	FAX	0 1 2 3 4 5 6 8 9 0
住所地	○○県△△市 □□町■■■1-2-3	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	インチョウ コホ タロウ	フリガナ	コホ タロウ 右詰め
請求者	院長 国保 太郎	受領者 (口座名義人)	国保 太郎
届出理由 (該当番号に○をつけてください)	役職名も記入	異動年月	旧健診等機関番号
1	新設	令和 元 年 5 月請求分より	
②	請求者及び受領者(口座名義)の変更		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	請求形態はいずれか1つを選択 (変更が生じた場合は、届を提出)		

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、石川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。