

「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」の提出について

特定健診・特定保健指導について、国保被保険者及び後期高齢者被保険者に関する特定健診等費用決済業務を当国保連合会で行う場合、以下の手続きと確認が必要になります。

- ①「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」 別紙記載要領参照
※送付にあたっては、個人情報が含まれますので「書留」「簡易書留」等を利用されることをお勧めいたします。

【送付先】

〒920-0968

金沢市幸町12-1 幸町庁舎

石川県国民健康保険団体連合会

健康づくり支援課

国保データベース係 宛

特定健診等費用の請求及び受領に関する届の記入要領

石川県国民健康保険団体連合会

下記の記入要領に従って確認及び記入願います。記入はボールペンを使用してください。

1 提出日

「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」を石川県国保連合会へ提出（送付）する日を記入してください。

2 届出者住所、氏名

当該実施機関の届出者の住所、氏名を記入し、押印してください。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してください。（届書へ押印された印鑑が連合会届出印となりますので、シャチハタはご使用にならないでください）

3 健診等機関番号

健診等機関番号は、当該実施機関から支払基金への届出情報を基に印字されていますので、連合会で修正することが出来ません。

もし、誤り等がありましたら連合会まで連絡してください。

4 連合会使用欄

連合会にて使用する欄ですので、記入の必要はありません。

5 健診等機関名称／フリガナ

連合会から当該実施機関へ郵便物等を送付する際の宛先の名称になります。当項目は当該実施機関から支払基金への届出情報を基に印字されていますので、連合会で修正することは出来ません、変更を希望される場合は支払基金に届出の変更を行ってください。

6 住所地／フリガナ、郵便番号

連合会から当該実施機関へ郵便物等を送付する際の宛先の住所等になります。当項目は当該実施機関から支払基金への届出情報を基に印字されていますので、連合会で修正することは出来ません、変更を希望される場合は支払基金に届出の変更を行ってください。

7 請求者／フリガナ

本届出上、請求者とは、貴実施機関での特定健診等の費用の請求と受領に関する責任者の方を言います。

請求者氏名、役職名を含めてフリガナも併せて必ず記入してください。

なお、届出者と請求者の名義が異なる場合は、別途委任状が必要となりますので、連合会まで所定様式をご請求ください。

8 TEL、FAX

既に印字されている番号で正しいかご確認ください。訂正される場合は朱書きで訂正してください。

9 診療報酬と同一口座への振込希望の有無

特定健診等の費用振込は、診療報酬と同一の口座に振込を希望する場合は1に○を、希望しない場合は2に○をつけてください。

10 振込方法

1：銀行振込に○をつけてください。(告知書振込は行っておりません)

11 振込先

特定健診等の費用受領のための振込先金融機関コードと金融機関名を記入してください。

なお、保険医療機関であって、診療報酬と同一口座に振込を希望される場合でも口座番号等をご記入ください。

主な金融機関コードは下記のとおりです。

北國銀行	0146	北陸銀行	0144	福井銀行	0147
富山第一銀行	0534	福邦銀行	0537	金沢信用金庫	1440
のと共栄信用金庫	1442	はくさん信用金庫	1444	興能信用金庫	1448
みずほ銀行	0001	三菱東京UFJ銀行	0005	三井住友銀行	0009
りそな銀行	0010				

※ お手数ですが、本届を国保連合会へ提出される際、振込指定口座の通帳の表紙裏面等で支店番号、口座番号、カタカナの名義人が印字されている箇所（一部の金融機関ではカタカナ名が無い場合があり、この場合に限り、正式な名義人が印字されている箇所の写しを添付してください。また、当座預金の場合は当座勘定入金帳など該当箇所が印字されているもの）の写を必ず添付してください。

なお、ゆうちょ銀行、インターネットバンク、外資系金融機関等一部取扱が出来ない金融機関があります。

12 支店名

特定健診等の費用を受領するための振込先金融機関の本支店名及び支店コードを記入してください。

13 口座番号

振込先金融機関口座の預金種目（普通、当座、その他）を○で囲み、口座番号は

右づめで記入してください。

1 4 受領者（口座名義人）／フリガナ

特定健診等の費用を受領する口座名義人について、通帳に記入されている名義人を記入してください。フリガナについては、通帳に印字されているカナ名義人を記入ください。（金融機関の振込処理はすべてカナ表示で処理が行われています）

1 5 届出理由

今回は全て新設のため、1の番号を○で囲んでください。

1 6 異動年月

請求内容が有効になる請求年月を記載してください。

例えば、4月5日に提出いただいた分から変更される場合は、4月請求分となります。

1 7 旧健診等機関番号

過去に採番された健診等機関番号がある場合は、その番号を記入してください。

1 8 請求形態

特定健診等の費用請求に使用する媒体を○で囲んでください。

石川県医師会臨床検査センターの事務代行を利用される場合は、「3:電子媒体(CD-R)」を○で囲んでください。

1 9 今後、本届に記載した内容に変更が生じた場合には、変更届の提出が必要になりますので国保連合会健康づくり支援課まで必要書類をご請求ください。

なお、変更内容をシステムに反映させるには相当の期間が必要になりますので、該当事由が生じた場合は速やかに変更届を提出くださるようお願いいたします。（指定関係の変更については、支払基金への変更届が必要です）