特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年　　月　　日提出

千葉県国民健康保険団体連合会

理 事 長　　志　賀　直　温　　様

届出者　　住所

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。

<table>
<tr><td>健診等
機関番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td>連合会使用欄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>郵便番号</td><td colspan="3">－</td></tr>
<tr><td>健診等
機関名称</td><td colspan="2"></td><td>ＴＥＬ</td><td colspan="3">－　　－</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>ＦＡＸ</td><td colspan="3">－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="6">住所地</td><td colspan="2" rowspan="6"></td><td colspan="4">1:診療報酬と同一の口座に振込を希望　　2:希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="4">1:銀行振込　　2:告知書振込</td></tr>
<tr><td>振込先</td><td>銀行コード</td><td></td><td>銀行</td></tr>
<tr><td>支店名</td><td>支店コード</td><td></td><td>支店</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2">1:普通 2:当座 3:別段
4:貯蓄 9:その他</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>請求者</td><td colspan="2"></td><td>受領者
（口座名義人）</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

	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(口座名義人)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			

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、千葉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。