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　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。

健診等機関番号				
健診等機関名称	フリガナ			
郵便番号	－　　－			
住所地	フリガナ			
電話番号	－　　－		ＦＡＸ	－　　－
旧健診等機関番号		摘要		

銀行振込口座情報（※振込先区分 登録口座）	振込先	銀行コード		銀行
	支店名	支店コード		支店
	口座番号	1:普通 2:当座 3:別段 4:貯蓄 9:その他		
請求者	フリガナ		受領者（口座名義人）	フリガナ

届出理由（該当番号に〇をつけてください）	1	新設	2	請求者及び受領者（口座名義人）の変更
	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（　　）		
適用開始月	年　　月請求分より ※ここの請求分とは、国保連合会への提出する月を指します。 例：令和〇年６月５日〆切の提出（請求）分から変更する場合は「令和〇年６月請求分より」と指定します。 その費用の振込は、翌月の令和〇年７月末日となります。			

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。