

特定健診等費用の請求及び受領に関する届(記入例)

山梨県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

開設者が法人の場合は代表者を、その他の場合は開設者の住所等を記入してください。

本届を提出する年月日

令和 年 月 日 提出

保険医療機関として届出ている機関は「1」、その他の機関は「2」を記入してください。

開設者 住所 山梨県〇〇市〇〇町△△1-2-3
氏名 健診 一郎



特定健診等費用ならびに 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 9 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | 連合会使用欄 | | |
| フリガナ | 〇〇イイン | | 郵便番号 | 1 2 3 - 4 5 6 7 | |
| 健診等機関名称 | 〇〇医院 | | TEL | 1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2 | |
| フリガナ | ヤマナシケン××シ〇〇マチ□□123 | | FAX | 1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2 | |
| 住所地 | 山梨県××市〇〇町□□123 | 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 | 〇〇 銀行 |
| | | 支店名 | 支店コード | 1 2 3 | △△ 支店 |
| | | 口座番号 | 普通・当座・その他 | 1 2 3 4 5 6 | |
| フリガナ | ケンシンイチロウ | | フリガナ | ケンシンイチロウ | |
| 請求者 | 健診 一郎 | | 受領者(口座名義人) | 健診 一郎 | |
| | 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 初回届出時は、「1」に○をして提出してください。(上記異動年月は未記入) 初回届出後以降に「2」～「5」による変更等がある場合には番号に○をして、上記異動年月を記入し提出してください。 | 1 9 | |
| 2 | 請求者及び受領者(口座名義)の変更 | | | 摘要 「旧健診等機関番号」は、前回届出時の健診等機関番号に変更が生じた場合にその番号を記入してください。(※初回届出時は未記入) | |
| 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 | | | | |
| 請求開始時期 | 年 月から請求開始予定 | | 「請求形態」は、いずれか1つを選択し番号に○をしてください。 | | |
| 備考 | 「請求開始時期」は、費用請求の予定年月を記入してください。 | | | | |

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、山梨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。