特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年　　月　　日提出

大分県国民健康保険団体連合会　御中

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				連合会使用欄	
フリガナ		郵便番号	ー		
健診等機関名称		TEL	ー	ー	
フリガナ		FAX	ー	ー	
住所地		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		
		フリガナ			
		受領者（口座名義人）			

フリガナ		異動年月	旧健診等機関番号
請求者		年　　月請求分より	
	届出理由（該当番号に○をつけてください）		摘要
1	新設		
2	請求者及び受領者（口座名義）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（　　）		
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、大分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。