

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

届出者 住所

氏名

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	- - - - -	
健診等 機関名称											TEL	- - - - -	
フリガナ											FAX	- - - - -	
住所地	振込銀行												
	振込先	銀行コード			銀行名			銀行					
	支店名	支店コード			支店名			支店					
	口座番号	1:普通 4:貯蓄		2:当座 9:その他									
フリガナ											フリガナ		
請求者											受領者 (口座名義人)		
	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			※機関番号が変更になった場合は記載してください。				
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(CD-R)				2:オンライン				3: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、広島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。

注2 網掛け部分については、すべて記載してください。