特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記　入　例

① 令和　　年　　月　　日提出

届け出る日付

神奈川県国民健康保険団体連合会
理事長　　内　野　　優　様

代表者又は開設者

② 届出者　住所　△△市□□町■■1-2-3
氏名　〇〇病院　国保　太郎　印

支払基金において付番された番号

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 ③	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			連合会使用欄	
フリガナ	〇〇〇〇ビョウイン ④	郵便番号	1 2 3 ― 4 5 6 7		
健診等機関名称	〇〇病院 ④	TEL	⑤ 0 1 ― 2 3 4 5 ― 6 7 8 9		
フリガナ	〇〇〇〇ケン△△△△シ ⑤ □□□□マチ■■■■1-2-3	FAX	⑤ 0 1 ― 2 3 4 5 ― 6 7 8 9		
住所地	〇〇県△△市 □□町■■1-2-3 ⑤	1：診療報酬と同一の口座に振込を希望　(2)：希望しない			⑥
		(1)：銀行振込　　2：告知書振込			⑥
		振込先	銀行コード 1 2 3 4	国保 銀行	⑥
		支店名	支店コード 0 1 2 3	永田町 支店	⑥
		口座番号	1・(普通)2・当座3・別段 4・貯蓄9・その他	0 1 2 3 4 5 6 7	⑥
フリガナ	コクホ　タロウ ⑦	フリガナ	コクホ　タロウ ⑧		
請求者	国保　太郎 ⑦	受領者（口座名義人）	国保　太郎 ⑧		

右詰め

	届出理由（該当番号に〇をつけてください ⑨	異動年月	旧健診等機関番号
(1)	新設	年　月請求分より	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
2	請求者及び受領者（口座名義）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	⑩
備考	請求形態はいずれか1つを選択（変更が生じた場合は、届を提出）	

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、神奈川県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、他の利用目的に使用することはありません。