別紙1

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

令和　　年　　月　　日提出

神奈川県国民健康保険団体連合会
理事長　　内 野　優 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				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		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		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		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	
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
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、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。