

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

佐賀県国民健康保険団体連合会 理事長 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	4 1 1							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			4 1 1			
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、佐賀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。