

## 特定健診等費用の請求及び受領に関する届 記入例

- ① 「提出日」を記入。
- ② 「開設者又は代表者の住所及び氏名」を記入。開設者（代表者）印を押印。
- ③ 「健診等機関番号」  
支払基金に登録し付番された、健診等機関コードを記入。  
(※1) 佐賀県に所在する医療機関が健診等機関となる場合は、  
「411（3桁）+医療機関コード（7桁）」となる。  
(例) 医療機関コードが01、1123、4の場合、「4110111234」
- ④ 「健診等機関名称及びフリガナ」を記入。
- ⑤ 「住所地及びフリガナ」を記入。
- ⑥ 「郵便番号、TEL番号、FAX番号」を左詰めで記入。
- ⑦ 振込方法について  
「銀行振込」または「告知書振込」に○をつける。
- ⑧ 「振込先」について  
診療報酬と同一の口座に振込を希望される場合も、  
振込先情報を各欄に必ず記入してください。  
1) 「振込先」 銀行コード 銀行名 を記入。  
(※2) 銀行コードについて、確認できない場合は空欄で構いません。  
2) 「支店名」 支店コード 支店名 を記入。  
(※2) 支店コードについて、確認できない場合は空欄で構いません。  
3) 「口座番号」 口座科目に○をつけ、番号を左詰めで記入。  
4) 「請求者名及びフリガナ」を記入。  
5) 「受領者（口座名義人）名及びフリガナ」を記入。
- ⑨ 「届出理由」  
該当する番号に○をつける。
- ⑩ 「異動年月」  
特定健診・特定保健指導を開始する年月を記入。
- ⑪ 「請求形態」  
特定健診データ・特定保健指導データの提出方法に○をつける。

### 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

① 平成 21 年 XX 月 XX 日 提出

佐賀国民健康保険団体連合会 理事長 様

② 届出者 住所 佐賀市堀川町●番▲号  
氏名 ○○○○ビョウイン  
開設者 国保 花子 開設者印

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。

③ 健診等機関番号	4 1 1 0 1 2 3 X X X	連合会使用欄			
フリガナ	○○○○ビョウイン	郵便番号	8 4 0 - 0 X X X		
④ 健診等機関名称	○○○○病院	⑤ TEL	0 9 5 2 - 2 6 - 0 0 X X		
フリガナ	サガケンサガンホリカワマチ●パン▲ゴウ	FAX	0 9 5 2 - 2 6 - 0 0 X X		
⑤ 住所地	佐賀県佐賀市堀川町●番▲号	<del>1:診療報酬と同一の口座に振込を希望</del> 2:希望しない			
		⑦ 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      1 2 3 4 5 X X				
フリガナ	○○○○ビョウイン カイセツシャ コクホ ハナコ	フリガナ			
請求者	○○○○病院 開設者 国保 花子	受領者 (口座名義人)	○○○○病院 開設者 国保 花子		
⑨ 届出理由 (該当番号に○をつけてください)	⑩ 異動年月		旧健診等機関番号		
	① 新設		平成 21年 X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 ( )				
⑪ 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。