特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年　　月　　日提出

群馬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	1 0 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	
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、群馬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。