

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

沖縄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														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		普通 当座 その他																
フリガナ														フリガナ					
請求者														受領者 (口座名義人)					
1 2 3 4 5	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						
	新設						年 月 請求分より												
	請求者及び受領者(口座名義)の変更												摘要						
	請求方法の変更																		
	振込先及び口座番号の変更																		
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、沖縄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。