

医師会加入以外向け

母子保健健康審査費請求に関する届

令和 年 月 日提出

沖縄県国民健康保険団体連合会理事長 殿

届出者 氏名

母子保健健康審査費請求に関し、下記のとおり記入のうえ届出いたします。

医療機関番号	4 7 1					
フリガナ						
医療機関名称						
TEL		FAX				
フリガナ						
開設者名						
郵便番号	-					
フリガナ	オキナワケン					
住所地	沖縄県					
振込先	銀行コード	銀行	フリガナ			
支店名	支店コード	支店	口座名義人			
口座番号	普通 当座	その他				
届出理由 (該当番号に○をつけてください)	1 新設	異動年月 年 月請求分より		旧医療機関番号 		
	2 医療機関番号の変更			摘要		
	3 口座名義の変更					
	4 振込先及び口座番号の変更					
	5 その他 ()					
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。

※預金通帳の「表面」と「口座名義人(カナ)面」の2か所の写しを添付してください。