

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

愛知県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者（代表者） 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: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)				
	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		摘要		
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更					
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、愛知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。