

特定健診等費用の請求及び受領に関する届の記載例と注意事項

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

●年 ●月 ●日提出

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者 住所
氏名

印

支払基金で付番された、10桁の健診等機関番号をご記入ください。

に、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	2 7 1 9 4 0 9 9 9 5	郵便番号	5 4 0 - 0 0 2 8	連合会使用欄	
フリガナ	イリョウホウジンコクホカイ コクホイン	TEL	0 6 - 6 9 4 9 - 5 3 2 5		
健診等機関名称	医療法人国保会 国保医院	FAX	0 6 - 6 9 4 9 - 5 3 6		
フリガナ	オオサカフオオサカシチュウオウクトキワマチ1-3-8 チュウオウオオドリFNビル3カイ	銀行振込			
住所地	大阪府大阪市中央区宇喜多町1丁目3番8号 中央大通FNビル3F	振込先	銀行コード	9 9 9 9	国保 銀行
		支店名	支店コード	0 0 1	本店 支店
		口座番号	①普通 2:当座 3:別段 4:貯蓄 9:その他	0 0 1 2 3 4 5	
フリガナ	イリョウホウジンコクホカイ リジョウ コクホタロウ	フリガナ	イ)コクホカイ リジョウ コクホタロウ		
請求者	医療法人国保会 理事長 国保太郎	受領者 (口座名義人)	医療法人国保会 理事長 国保太郎		

届出提出日をご記入ください。

・法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職及び氏名をご記入いただき、法人印を押印してください。
・個人の場合は開設者の住所、氏名をご記入いただき、個人印を押印してください。

郵便番号、TEL番号、FAX番号をご記入ください。

太枠内の銀行振込欄の記載に不備があった場合、請求費用のお振り込みができず、ご連絡を差し上げる場合がございますので、お間違のないようにご記入ください。

銀行・支店コード(確認できない場合は空欄で構いません。)と名称を両方ご記入ください。
信用金庫の場合や、店名については例のように適宜修正のうえ、ご記入ください。

預金種目に○をつけ、口座番号が7桁未満の場合は頭に0を付けて7桁でご記入ください。

通帳にカタカナで記載されている通りご記入ください。

通帳に記載されている正式名義をご記入ください。

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	令和2年7月 請求分より	移転 移転や継承等による健診等機関番号の変更があった場合のみ、旧健診等機関番号をご記入ください。
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:医師会等(未定)		
備考	該当の番号に○をつけてください。		

請求者もしくは受領者が上記の届出者(開設者)と異なる場合は、別途「委任状」及び「開設者の印鑑証明」が必要になります。「委任状」は、本会ホームページの「特定健康診査等実施機関の皆様」→「◆提出用様式」→「委任状・委任解除届」に掲載しています。

新設の場合は特定健診・特定保健指導開始の年月を、変更の場合は変更事由の発生した年月をご記入ください。

- ※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、大阪府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18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。
- ※2 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行います。
- ※3 届出者印に変更がある場合は、別途「印鑑変更届」もしくは「印鑑紛失届」が必要となります。
- ※4 振込先に変更がある場合には、変更年月日を備考欄に記入するようお願いします。

「印鑑変更届」及び「印鑑紛失届」は、本会ホームページの「特定健康診査等実施機関の皆様」→「◆提出用様式」→「印鑑変更届」、「印鑑紛失届」に掲載しています。

貴機関の名称と住所、およびフリガナをご記入ください。

該当の番号に○をつけてください。

【参考】振込口座変更の場合は、毎月月末までに本会必着でご提出いただければ、翌月支払分からの変更になります。