

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

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												
	銀行振込													
	住所地	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	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:医師会代行 6:未定													
備考														

- ※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。