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	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		摘要
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。
※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。