

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

徳島県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											
経営主体									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										
	振込先		※銀行コード欄								
住所地	支店名		※支店コード欄								
	口座番号		普通 当座 その他								
フリガナ	フリガナ										
請求者	(口座名義人) 受領者										
1	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				
2	新設		年 月 請求分より				※摘要				
3	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
4	請求方法の変更										
5	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											

※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、徳島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。