

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		
住所 地	振込先	※銀行コード欄	
	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		
	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			

※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。