

『特定健診等費用の請求及び受領に関する届』記入要領

『特定健診等費用の請求及び受領に関する届』の口座名義人フリガナ欄等について

『特定健診等費用の請求及び受領に関する届』の『(口座名義人)受領者フリガナ』及び『(口座名義人)受領者』欄に記入の際には、次の点についてご留意ください。

- ① 『(口座名義人)受領者フリガナ』欄
⇒通帳表紙裏面の名前のカタカナ表記をご確認ください。
- ② 『(口座名義人)受領者』欄
⇒通帳表紙の口座名義人をご確認ください。

振込先	
支店名	
口座番号	普通 当座 その他
フリガナ	①
(口座名義人)受領者	②

届と通帳の口座情報が違う場合、振込みができませんので、ご確認をお願いします。

(例)

通帳 (表紙裏面)	⇒ イ)〇〇カイ
(表紙)	⇒ 医療法人〇〇会代表取締役健診太郎

【誤】
振込不可 ×

届 (フリガナ)	⇒ ケンシントロウ
(口座名義人(受領者))	⇒ 健診太郎

【正】
振込可 ○

届 (フリガナ)	⇒ イ)〇〇カイ
(口座名義人(受領者))	⇒ 医療法人〇〇会代表取締役健診太郎

:上記事例の「イ)」は医療法人の名称名義の略語です。

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

届を国保連合会に提出(送付)した日を記入。(必須)

健診機関の届出者の住所、氏名を記入し、押印。(必須)

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	健診等機関番号(10桁)(必須)	経営主体	記入不要
フリガナ	健診機関の名称をカナで記入。(必須)	郵便番号	郵便番号を記入。(必須)
健診等機関名称	健診機関の名称を記入。(必須)	TEL	電話番号を記入。(必須)
フリガナ	所在地をカナで記入。(必須)	FAX	FAX番号を記入。(必須)
所在地	所在地を記入。(必須)	振込先	振込先金融機関コードを記入。 振込先金融機関の名称を記入。(必須)
フリガナ	請求者の名称をカナで記入。(必須)	支店名	振込先金融機関の本支店コードを記入。(必須) 振込先金融機関の本支店名称を記入。(必須)
請求者	請求者の名称を記入。(必須)	口座番号	振込先金融機関の口座番号を右詰めで記入。(必須)
届出の理由に該当する番号を○で囲む。(必須)(複数選択可)	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
※「5:その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入。	1 新設 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 ()	年 月 請求分より	過去に付番された健診等機関番号がある場合に記入。
請求形体	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	届出の内容が有効となる請求年月を記入。(必須)	届出の内容に関して特に通知する事項等がある場合に記入。
備考	特定健診等費用の請求に使用する媒体に該当する番号を○で囲む。(必須)(複数選択不可)	例)2月振込から口座変更の場合は「1月請求分より」とご記載ください。	

※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、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。

※印字された内容を訂正する場合は下段に記入して下さい。

特定健診等データのご請求をCD-Rでご提出される場合には、以下の必須内容項目を全て直接レベル面(白)に油性ペン等で消えないように記載してください。

【必須内容項目】①健診等機関番号②機関名称③実施月分④提出年月日⑤枚数⑥提出先