**特定健診等費用の請求及び受領に関する届**

鳥取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 |  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 医療機関名称カナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領者カナ（振込口座名義カナ） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領者漢字（振込口座名義） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先機関 | 銀行コード | | |  | |  | | |  | |  | | 銀行 | | | | | | | | |
| 振込先支店 | 支店コード | | |  | |  | | |  | |  | | 支店 | | | | | | | | |
| 振込先口座番号 | 普通  当座  その他 | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 請求開始年月 | 年　　　　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求形態 | 1：電子媒体（CD-R）2：オンライン　3：医師会代行入力　4：未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所（カナ） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所地（漢字） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAX |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧健診機関番号 |  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  |

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、鳥取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。
2. 口座登録を正確にするために、該当銀行の通帳の名義人がカタカナ表記してある部分をコピーして添付くださいますようお願いいたします。