

特定健診等費用の請求及び受領に関する届【請求者及び口座名義人変更用】

令和 5 年 4 月 1 日 提出

請求者・口座名義人名が変更となる場合、変更したい月の10日までに必ずご提出ください。名義人変更をしたにも関わらずに届出書のご提出がない場合、名義人の確認等に時間がかかり、入金予定日に入金されないことがありますのでご注意ください。

岩手県盛岡市大沢川原3-7-30

岩手県国保連健診機関
理事長 健診 次郎

印

氏名

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	0 3 1 2 3 4 5 6 7 8	連合会 使用欄	
フリガナ	イワテケンコクホレンケンシンキカン	郵便番号	—
健診等 機関名称	岩手県国保連健診機関	TEL	— —
フリガナ		FAX	— —
住所地	前回登録の銀行名・支店名と照合して確認しますので、口座名義の変更の際もご記入願います。 1: 銀行振込 2: 告知書振込		
	振込先	銀行コード	岩手 銀行
	支店名	支店コード	本 支店
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	リジチョウ ケンシン ジロウ	フリガナ	イワテケンコクホレンケンシンキカンリジチョウケンシンジロウ
請求者	理事長 健診 次郎	受領者 (口座名義人)	岩手県国保連健診機関 理事長 健診 次郎
	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	令和 5 年	
②	請求者及び受領者(口座名義)の変更	6 月支払分より	摘要
3	請求方法の変更	この欄に記入した月の入金から、振込データに反映します。(今回の例では6月30日振込からの変更となります)	
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	※請求事務担当者のお名前を記入して下さい。 6月1日 口座名義変更 実際に名義を変更する日をご記入ください。		

注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、岩手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。