

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する届【請求方法変更用】

令和 5 年 5 月 1 日提出

岩手県国民健康保険団体連合会

理事長様

届出者 住所 岩手県盛岡市大沢川原3-7-30

氏名 岩手県国保連健診機関  
理事長 国保 太郎

印

現在連合会に登録いただいている請求方法から変更する際にご提出ください。

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	1: 銀行振込		2: 告知書振込
	振込先	銀行コード	銀行
	支店名	支店コード	支店
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ		フリガナ	
請求者		受領者 (口座名義人)	
	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 6 月請求分より	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		摘要
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	※請求事務担当者のお名前を記入して下さい 事務員 連合 花子 届出内容に関して、連合会から電話にて問い合わせることがあります。対応していただく方のお名前をご記入ください。		

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。