

特定健診等費用の請求及び受領に関する届【振込先及び口座番号変更用】

令和 5 年 6 月 1 日 提出

振込先及び口座番号が変更となる場合、変更したい月の10日までに必ずご提出ください。振込先もしくは口座番号を変更したにも関わらずに届出書のご提出がない場合、振込先及び口座番号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

氏名 岩手県国保連健診機関
理事長 国保 太郎

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	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	変更となる振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人をご記入願います。			
	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	菜園 支店	
口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	9 8 7 6 5 4 3		
フリガナ	リジチョウ コクホ タロウ	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コクホタロウ	
請求者	理事長 国保 太郎	受領者 (口座名義人)	岩手県国保連健診機関 理事長 国保太郎	
届出理由 (該当番号に○をつけてください)	1	新設	異動年月	旧健診等機関番号
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	令和 5 年	
	3	請求方法の変更	6 月支払分より	摘要
	④	振込先及び口座番号の変更	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)	
	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 新口座開設済みです 実際には新規口座を開設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。