

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する届【新規届出用】

新規開設用の場合、基本的に全ての項目をご記入ください。

令和 5 年 4 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

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	020 - 0025
健診等 機関名称	岩手県国保連健診機関	TEL	019 - 623 - 4324
フリガナ	イワテケンモリオカシオオサワカワラ	FAX	019 - 622 - 1668
住所地	岩手県盛岡市大沢川原3-7-30	銀行コード(4桁)が入ります。分かる場合のみご記入ください。	
		①: 銀行振込      ②: 告知書振込	
		振込先	銀行コード
		支店名	支店コード
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 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		
	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	令和 5 年	5 月請求分より
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。対応いただける担当者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。