

特定健診等費用の請求及び受領に関する届【その他変更用】

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

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。			

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。