

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

徳島県国民健康保険団体連合会
理事長 原 秀 樹

様

届出者

住所
氏名

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											
経営 主体											
フリガナ				郵便番号							
健診等 機関名称				TEL							
フリガナ				FAX							
住所地				振込先			※銀行コード欄				
				支店名			※支店コード欄				
				口座番号	普通 当座 その他						
フリガナ				フリガナ							
請求者				(口座名義人) 受領者							
	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			年 月請求分より			※摘要				
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										
備考											

※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、徳島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。