**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　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** |  | **連合会使用欄** |  |
| **フリガナ** |  | **郵便番号** |  |
| **健診等****機関名称** |  | **TEL** |  |
| **フリガナ** |  | **FAX** |  |
| **振込先** |  |  |  |  | **※銀行コード欄** |
|  |
| **住所地** |  | **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** |  |
| **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** |  |

　※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。