特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年　　月　　日提出

奈良県国民健康保険団体連合会
事務局長　　殿

開設者　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				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	― ―		
住所地		1:診療報酬と同一の口座に振込を希望　2:希望しない			
		銀行振込			
		振込先	銀行コード		銀行
		支店名	支店コード		支店
		口座番号	1:普通 2:当座 3:別段 4:貯蓄 9: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	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
備考	

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、奈良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。

【記入例】特定健診等費用の請求及び受領に関する届

本届を提出する年月日

年　　月　　日

保険医療機関として届出している機関は「1」、その他の機関は「2」を記入してください。

開設者を記入してください。（法人等の場合は、法人名、代表者の職・氏名を記入してください。）

奈良県国民健康保険団
事務局長　　殿

開設者　住所
氏名

特定健診等費用の請求及びに受領に関し　いたします。

健診等機関番号 2 9

連合会使用欄

フリガナ　　7

健診等機関名称

1 2 3 4 ー　5 6 ー 7 8 9 0

フリガナ

FAX 1 2 3 4 ー　5 6 ー 7 8 9 0

健診等機関の名称及び住所を記入してください。（届出どおりに記載をお願いします。）

該当する番号に〇をしてください。

住所地

1：診療報酬と同一の口座に振込を希望　2：希望しない

銀行振込

振込先	銀行コード	
支店名	支店コード	
口座番号	1：普通 2：当座 3：別段 4：貯蓄 9：その他	

「1：診療報酬と同一の口座に振込を希望」の場合であっても、ご記入ください。口座名義人は、振込金融機関の通帳に記載されている口座名義人を記入してください。※法人等記入漏れのないようお願いします。

フリガナ		フリガナ	
請求者		受領者（口座名義人）	

	届出理由（該当番号に〇をつけてください）	異動年月	旧健診等機関番号
1	新設	年　月請求分より	2 9
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（　　）		

初回届出時は、「1」に〇をして提出してください。初回届出後以降に「2」～「5」による変更等がある場合には番号に〇をして、上記異動年月を記入してください。

「旧健診等機関番号」は、前回届出時の健診等機関番号に変更が生じた場合にその番号を記入してください。

請求形態	1：電子媒体（MO）　2：電子媒体（FD）　3：電
備考	

注1　本届の内容のうち　　に該当する事項については、奈良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　　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。

「請求形態」は、いずれか1つを選択し番号に〇をしてください。