

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

特定健診等費用の請求ならびに受療に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。平成 年 月 日提出

香川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

届出者 住所 氏名 印

届出者が法人の場合は代表者を、
その他の場合は開設者を記入

健診等機関番号	3 7 1 0 1 8 8 8 8 8 8										
フリガナ	カガワコクホケンシンセンター					郵便番号	7 6 0 0 0 6 6				
健診等機関名称	香川国保健診センター					電話番号	0 8 7 - 8 2 2 - 7 4 6 1				
						FAX番号	0 8 7 - 8 2 2 - 6 0 2 3				
フリガナ	カガワケンタカマツシブクオカチョウ2チヨウメ3バン2ゴウ										
所在地	香川県高松市福岡町2丁目3番2号										
フリガナ	コクホ タロウ					フリガナ	コクホ タロウ				
請求者	国保 太郎					受領者	国保 太郎				

既に、保険医療機関番号を取得している機関であって、支払基金に特定健診機関番号の申請を出された場合には、支払基金より特定健診機関番号の決定通知は送付されません。
よって、当会にこの届を出される場合以下のルールに従って番号をご記入ください。
左より "371"を埋める、残り7桁は 既存の保険医療機関番号

開設者と異なる場合はそれぞれ委任状の提出が必要

振込先	1:診療報酬と同一の口座に振込を希望 <input checked="" type="radio"/> 2:希望しない <input type="radio"/>										受療形態		1:銀行振込 <input checked="" type="radio"/> 2:告知書振込 <input type="radio"/>	
	銀行コード	百十四・香川				銀行	支店コード		福岡町 支店					
口座種別	普通 <input checked="" type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/>		口座番号	9 9 9 9 9 9 9						フリガナ	コクホ タロウ			
			口座名義	国保 太郎										

1の場合も以下の振込先情報をご記入ください

届出情報			左詰めで記入			
届出理由(該当番号に○をつけてください)			年 月	旧健診等機関番号		
<input checked="" type="radio"/> 1 新設 <input type="radio"/> 2 請求者及び受領者(口座名義)の変更 <input type="radio"/> 3 請求方法の変更 <input type="radio"/> 4 振込先及び口座番号の変更 <input type="radio"/> 5 その他			年 4月請求分より	摘要		
			請求形態(番号に○を付けてください)			
			1 電子媒体(MO) 2 電子媒体(FD) <input checked="" type="radio"/> 3 電子媒体(CD-R) 4 オンライン 5 未定			
備考						

新設の場合、記入の必要はありません

請求形態はいずれか1つを選択
未定の場合は予定している形態を選択
(変更が生じた場合は、変更届を提出)

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、香川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。

記入上の注意

- 1 新規届出の場合は、すべての欄にご記入ください。
- 2 特定健診等費用の請求及び受領に関する届け(以後本届という)を届けるにあたっては、社会保険診療報酬支払基金への登録と基本情報の公開が必要です。
- 3 健診等機関番号欄には、必ず社会保険診療報酬支払基金で付番された番号を記入ください。
- 4 フリガナは必ずご記入ください。
- 5 口座名義は、通帳に記載されている通りにご記入ください。
- 6 振込銀行は、百十四もしくは香川銀行のどちらかを選び、○で囲んでください。
- 7 請求者、受領者、振込銀行等を変更するときは、新たに本届を提出してください。
- 8 請求者と受領者が異なる場合は、下記の委任状に必要事項をご記入ください。

委任状		
委任事項		
私は、都合により	をもって代理人と定め、	1 特定健診費用 2 特定保健指導費用 3 特定健診費用及び特定保健指導費用 の請求に関し、権限を委任します。
私は、都合により	をもって代理人と定め、	1 特定健診費用 2 特定保健指導費用 3 特定健診費用及び特定保健指導費用 の受療に関し、権限を委任します。
平成 年 月 日		
		委任者 住所 氏名 (印)
上記委任の件、承諾いたしました。		受任者 住所 氏名 (印)
香川県国民健康保険団体連合会理事長 殿		