

特定健診等費用の請求及び受領に関する届 記 載 要 領 (例)

- 1 届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から届け出願います。
- 2 「特定健診・特定保健指導機関コード」欄は、左から機関所在地の都道府県コードを2桁、その後「1」を記載後、医療機関コードを記入してください。(都道府県コード(2桁)+「1」(1桁)+医療機関コード(7桁))
- 3 「届出日」、「健診等機関番号」、「請求者」、「受領者」、「異動年月」、「届出理由」、「請求形態」は、必ず記入してください。
- 4 「請求者名」、「受領者名」は、必ずフリガナを付してください。
なお、「請求者名」には費用請求者名を、「受領者名」には費用受領者を記入してください。
- 5 「振込先」、「支店名」、「口座番号」、「銀行振込、告知書振込」は、必ず記入してください。
- 6 「口座番号の科目」欄は、該当文字を○で囲んでください。
- 7 「診療報酬と同一の口座に振込を希望、希望しない」欄、「銀行振込、告知書振込」欄、「届出理由」欄、「請求形態」欄は、該当数字を○で囲んでください。
- 8 「住所地」には、郵便番号も必ず記載してください。
- 9 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」により届け出てください。
- 11 請求の事務代行を県・市郡医師会等に依頼する機関においては、その旨を「備考欄」に記入してください。

- ※ 国保連合会から健診・保健指導費用の支払を受ける場合に必要となる情報です。
- ※ 国の会計法又は都道府県市町村条例により歳入徴収官又は会計管理者を定めるもの以外で、開設者と請求者又は受領者が異なるときは、本会備付の委任状を同時に提出してください。

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

記入例

平成20年4月1日提出

届け出る日付

〇〇〇〇国民健康保険団体連合会
〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇様

所在地の都道府

都道府県コード+1+医療機関

代表者を、開設者

届出者 住所 △△市□□町■●1-2-3
氏名 ○○病院 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	〇〇1〇〇〇〇〇〇〇〇	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	〇〇〇〇ビョウイン	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
健診等 機関名称	〇〇病院	TEL	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
フリガナ	〇〇〇〇ケン△△△△シ □□□□マチ■●■●1-2-3	FAX	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
住所地	〇〇県△△市 □□町■●1-2-3	1:診療報酬と同一の口座に振込を希望 ②:希望しない	
		①:銀行振込 2:告知書振込	
	振込先	銀行コード	1 2 3 4 国保 銀行
	支店名	支店コード	1 2 3 永田町 支店
	口座番号	普通 当座 その他	1 2 3 4 5 6 7
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 (口座名義人)	国保 太郎
	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	平成 20年 4月請求分より	〇〇1〇〇〇〇〇〇〇〇
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	請求形態はいずれか1つを選択 (変更が生じた場合は、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、〇〇〇〇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。