

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、その後に「1」を記載後、医療機関コードを記入してください。
(茨城県コード(08) + 「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 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。
 - 9 開設者死亡により、新たに当該届を提出する場合は、「備考欄」に「開設者死亡に伴う新規登録」と記入してください。
 - 10 県・市郡医師会等に請求の事務代行を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。その場合は、「請求形態」の記入は不要となります。
- ※ 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縣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

届け出る日付

平成 26年 4月 1日 提出

記入例

茨城県国民健康保険団体連合会
理事長 稲葉 本治 様

届出者(開設者)を記載

届出者 住所 △△市〇〇町◆◆1-2
氏名 〇〇病院 国保 太郎 印

医療機関コードを記載願います

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	0 8 1 〇 〇 〇 〇 〇 〇	連 合 会 使 用 欄	
フリガナ	〇〇ビョウイン	郵便番号	
健診等 機関名称	〇〇病院	TEL	
フリガナ	〇〇〇〇ケン△△△△シ □□□□マチ◆◆◆1-2	FAX	
住所地	〇〇県△△市 □□町◆◆1-2	1: 診療報酬と同一の口座に振込を希望 <input type="radio"/> 2: 希望しない <input checked="" type="radio"/>	
		① 銀行振込 <input checked="" type="radio"/> 2: 告知書振込 <input type="radio"/>	
		振込先	銀行コード
		支店名	支店コード
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	年 月請求分より	0 8 1 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) <input checked="" type="radio"/> 3: 電子媒体(CD-R) 4: オンライン 5: 未定		
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、茨城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。
- 注2 届出理由が、1、2または4の場合、通帳のコピーを添付願います。
- 注3 開設者死亡により、新たに当該届を提出する場合は、備考欄に「開設者死亡に伴う新規登録」と記入してください。
- 注4 県・市郡医師会等に請求の事務代行を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。