

特定健診等費用の請求および受領に関する変更届
(医師会取り纏め用)

年 月 日提出

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

住所
申請者
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。

医師会とりまとめ番号	2	2	2	8	8	8	0			
郡市医師会名称										
請求者情報	住所									
	名称									
受領者情報	住所									
	名称									

振込先口座情報

振込先	銀行コード					銀行	※【連合会使用欄】
支店名	支店コード					支店	
口座番号	普通 当座 その他						
口座名義情報	フリガナ						
	漢字						

届出理由	1:請求者情報の変更 2:受領者情報の変更 3:振込先口座情報の変更	
異動年月	年 月	振込分より
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、静岡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 本届様式は、医師会とりまとめにおける各実施機関の届出内容(委任状も含む)の「請求者情報」、「受領者情報」、または「振込先口座情報」を一括読み替えするものである。

注3 本届の提出においては、別紙対象実施機関一覧表が必須となります。