

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

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	2 2		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: 銀行振込 2: 告知書振込		
	振込先	銀行コード	銀行
	支店名	支店コード	支店
	口座番号	普通 当座 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	摘要
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		
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 (
請求方法	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、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。

委任状

私は、下記の者を 年 月以降の 請求 受領 に関する代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項

- 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

記

請求者

住 所

氏 名

印

受領者

住 所

氏 名

印

年 月 日

委任者（開設者）

住 所

氏 名

印

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

作成要領

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 本委任状の印鑑は、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」に捺印した印鑑を御使用下さい。