

診療報酬等(特定健診等)費用の請求及び受領に関する届

島根県国民健康保険団体連合会
理事長 山本浩章 様

令和 年 月 日 提出

住所
開設者 氏名 印

診療報酬等(特定健診等)費用の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、記入・捺印し届出いたします。

保険医療(健診等)機関等番号				※連合会使用欄	
フリガナ					
保険医療(健診等)機関等名称					
郵便番号		所在地			
電話番号			FAX番号		
振込先銀行			支店名		
預金種目	普通・当座・別段・貯蓄・その他 ()		口座番号		
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		/
1	新設		令和 年 月 請求分から		
2	請求者及び受領者(口座名義人)の変更		旧保険医療(健診等)機関等番号		
3	振込先及び口座番号の変更				
4	その他 ()				
旧保険医療(健診等)機関等番号欄に記載した保険医療(健診等)機関等番号への支払いを当該保険医療(健診等)機関等番号の支払いと合算することに同意します。					
住所					
氏名			印		
備考					

特定健診等費用の請求について (該当番号に○をつけてください)

1	診療報酬と同一の口座に振込を希望	2	希望しない	3	特定健診等費用を請求しない
---	------------------	---	-------	---	---------------

上記で「2 希望しない」を選択した場合、記入してください

1	銀行振込	2	告知書振込
振込先銀行			支店名
預金種目	普通・当座・別段・貯蓄・その他 ()		口座番号
フリガナ			フリガナ
請求者			受領者(口座名義人)
備考			

「個人情報の取扱いについて」

提供いただく個人情報は、診療報酬等(特定健診等)費用の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。ただし、費用の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。

なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者(Tel:0852-21-2113)が有します。

(お問い合わせ窓口)

〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号 島根県国民健康保険団体連合会 審査課 電話:0852-21-2163