

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

令和 年 月 日提出

富山県国民健康保険団体連合会
理事長 藤井 裕久 様

届出者 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。

[illegible]

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、富山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。

【特定健診等に係るお問い合わせ先】
富山県国民健康保険団体連合会
事業課企画保健係
TEL:076-431-9829
FAX:076-431-9836

作成要領

- 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、社会保険診療報酬支払基金から付番された実施機関番号を記入してください。
(都道府県コード(2桁)＋機関区分コード(1桁)＋機関コード(7桁))
- 3 「名称」欄は正式名称を、「所在地」欄は都道府県名から記入してください。
- 4 「名称」、「住所地」、「請求者」、「受領者」の各欄は、必ずフリガナを付してください。
- 5 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ているもの以外で、請求者と受領者が異なるときは、委任状を同時に提出してください。
- 6 支払口座を診療報酬とは別の口座に指定される場合は、その口座の通帳の写しもあわせてご提出ください。
- 7 「異動年月」欄は、機関として特定健診または特定保健指導を開始する年月を記入してください。
- 8 「請求形態」欄は、特定健診・特定保健指導データの授受方法について該当する項目を丸でお囲みください。
- 9 届出内容に変更等が生じたときは、本届を再提出してください。
- 10 備考欄の請求事務代行機関(医師会による請求)を利用の有無を記入してください。