

【記入例】特定健診等費用の請求及び受領に関する届

本届を提出する年月日

年 月 日 提出

奈良県国民健康保険団体
事務局長 殿

保険医療機関として届出
している機関は「1」、その
他の機関は「2」を記入し
てください。

設置者 住所
氏名

開設者を記入してください。
(法人等の場合は、法人
名、代表者の職・氏名を
記入してください。)

特定健診等費用の請求内容及び受領に関する届出をさせていただきます。

健診等機関の名称及び
住所を記入してください。
(届出どおりに記載をお
願います。)

該当する番号に○をして
ください。

健診等 機関番号	2 9	通合会 使用欄	4 5 6 7
フリガナ		TEL	1 2 3 4 - 5 6 - 7 8 9 0
健診等 機関名称		FAX	1 2 3 4 - 5 6 - 7 8 9 0
フリガナ		1: 診療報酬と同一口座に振込を希望 2: 希望しない	
住所		銀行振込	
		振込先	銀行
		銀行 コード	
フリガナ		支店名	支店
		支店 コード	
請求者		口座番号	1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 貯蓄 9: その他
請求形態	「請求形態」は、いずれか1つを 選択し番号に○をしてください。	フリガナ	
届出理由	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 (下記該当番号に○をつけてください)	受領者 (口座名義人)	インボイス登録番号を 取得されている場合は、 記入ください。
1	新設	インボイス 登録番号	T
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	登録年月日※1	20 年 月
3	請求方法の変更	登録失効年月日※2	年 月
4	振込先及び口座番号の変更	旧健診等機関番号	2 9
5	その他()	異動年月	年 月 請求分より
備考			

「1: 診療報酬と同一
の口座に振込を希
望」の場合であつ
ても、ご記入くださ
い。口座名義人は、振込
金融機関の通帳に
記載されている口座
名義人を記入して
ください。※法人等記
入漏れのないようお
願います。

「旧健診等機関番号」は、前
回届出時の健診等機関番
号に変更が生じた場合にそ
の番号を記入してください。

初回届出時は、「1」に○をして提出し
てください。
初回届出後以降に「2」~「5」による変
更等がある場合には番号に○をして、
上記異動年月を記入してください。

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、奈良県国民健康保険団体連合会の業務上
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
※1 登録されている場合は、「適格請求書発行事業者の登録通知書」に記載されている年月日を転記して
※2 第3号様式「適格請求書発行事業者の登録の取消を求める旨の届出書」を提出されている場合は当該
効力を失う日」を転記してください。