

「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」記載要領

1. 健診等機関番号

保険医療機関については、保険医療機関コードと同じ番号になります。
保険医療機関コードをお持ちでない機関については、支払基金にて決定された健診等機関番号を記入して下さい。

2. 健診等機関名称、開設者氏名、所在地欄

医療機関、健診機関等の名称、開設者の氏名、住所を記入してください。

3. 届け出理由欄

1～4の該当番号と項目にそれぞれ○をつけ、異動年月を記入してください。

4. 請求者欄

特定健診等費用を請求する請求者を記入してください。

5. 口座名義人欄

預金通帳に記載されている預金名義人を記入してください。
本会の登録においてはフリガナが特に重要となっております。預金通帳に記載されているカナ名を左詰めで記入してください。濁点・空白は1文字とし、欄に入るところまで省略せず正しく記入してください。

6. 振込銀行欄

振込先の銀行番号・店番号・口座番号を、はっきりとした文字で、正しく記入してください。銀行名・支店名を記入してください。

7. 請求形体

1～6の該当項目に○をつけてください。

添付書類

※振込銀行・口座番号・口座名義人の新規登録や変更を行う場合は、口座名義人のカナ名がわかる通帳ページのコピーをご提出ください。

※国の会計法または都道府県、市町村条例等により歳入徴収官または会計管理者を定めているもの以外で開設者と請求受領者（口座名義人）が異なる場合は、本会備付の委任状及び三か月以内に発行された印鑑証明書を同時に提出していただく必要があります。