

## 診療情報活用（みなし健診）事業に係る請求及び受領に関する届

令和 年 月 日 提出

山口県国民健康保険団体連合会

理事長

様

届出者 住所

氏名

印

みなし健診事業に係る請求及び受領について、下記のとおり届出いたします。

|                       |  |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|---------------|---|---------------------|-------------|--|--|----|--|--|
| 参加登録                  | 1 : 新規参加 (令和 年 月 日提出分から)      3 : 変更なし<br>2 : 参加辞退 (令和 年 月 日提出分まで) |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 口座届                   | 1 : 新規口座 (令和 年 月 日提出分から)      3 : 変更なし<br>2 : 口座変更 (令和 年 月 日提出分から) |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 医療機関番号                |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号           | -             |   | 連合会使用欄<br>(登録処理完了日) |             |  |  |    |  |  |
| 医療機関名称カナ              |  |  |  |  |  |  |  | FAX番号          | -             |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 医療機関名称                |  |  |  |  |  |  |  | Eメールアドレス       |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 郵便番号                  |  |  |  |  |  |  |  | 振込口座           |               | ※「1」の場合、太枠記載不要<br>1 : 提出時の特定健診等費用と同一口座 2 : 下記口座 |                     |             |  |  |    |  |  |
| 住所カナ                  |  |  |  |  |  |  |  | 振込先機関          | 銀行コード         |   |                     |             |  |  | 銀行 |  |  |
| 住所                    |  |  |  |  |  |  |  | 振込先支店          | 支店コード         | /   |                     |             |  |  | 支店 |  |  |
|                       |  |  |  |  |  |  |  | 口座番号           | 1 : 普通 2 : 当座 |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 請求者カナ                 |  |  |  |  |  |  |  | 受領者カナ<br>(名義人) |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 請求者                   |  |  |  |  |  |  |  | 受領者<br>(名義人)   |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 届出理由                  |  |  |  |  |  |  |  | 旧医療機関番号        |               |   |                     | 連合会使用欄(受付印) |  |  |    |  |  |
| 1 : 新設                |  |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 2 : 請求者及び受領者（口座名義）の変更 |  |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 3 : 請求方法の変更           |  |  |  |  |  |  |  | 備考             |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 4 : 振込先及び口座番号の変更      |  |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 5 : その他 ( )           |  |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |
| 請求形態                  | 1 : 電子 2 : 紙   |  |  |  |  |  |  |                |               |   |                     |             |  |  |    |  |  |

※ 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、山口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。