

記入例

様式情提 1

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 8 年 6 月 1 日 提出

山口県国民健康保険団体連合会
理事長 国保 連合 様代表者又は、開設者を記入
し押印してください。

届出者 住所 山口県国保市後期 1-2-3

国保後期ビル 2 階

氏名 医療法人 山口国保医院
理事長 国保 太郎該当する数字に○を付して必要事項を記
入してください。

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 8 年 7 月 1 日提出分から)	3: 変更なし
	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 8 年 7 月 1 日提出分から)	3: 変更なし
	2: 口座変更 (令和 年 月 日提出分から)	

医療機関 番号	3 5 1 9 9 9 9 9 9 9	電話番号	01 - 2345 - 6789	連合会使用欄 (登録処理完了日)
医療機関 名称カナ	イリョウハウジン ヤマグチコ クホイイン	FAX番号	01 - 2345 - 6789	
医療機関 名称	医療法人 山口国保医院	Eメール アドレス	kokuhojin@kokuho-yamaguchi.or.jp	
郵便番号	753-1234	振込口座 ※「1」の場合、太枠記載不要		
		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	ヤマグチケンコクホシコウキ 1 - 2 - 3	振込先機関	銀行コード 1 2 3 4 国保 銀行	
住所	山口県国保市後期 1-2-3	振込先支店	支店コード 0 1 2 後期 支店	
該当する数字に○を付してください。 「2」の場合のみ、太枠の記入をお願いします。		口座番号	①: 普通 2: 当座 9 8 7 6 5 4 3	
請求者 カナ	イリョウハウジン ヤマグチコクホイイン リジチョウ コクホ タロウ	受領者カナ (名義人)	イリョウハウジン ヤマグチコクホイイン リジチョウ コクホ タロウ	
請求者	医療法人 山口国保医院 理事長 国保 太郎	受領者 (名義人)	医療法人 山口国保医院 理事長 国保 太郎	
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				
4: 振込先及び口座番号の変更		備考		
5: その他 ()				
請求形態	①: 電子 2: 紙			

該当する数字に○を付してください。
その他の場合は、必要事項を記入してください。該当する数字に○を付してください。
複数該当する場合は、該当数字全てに○を付してください。

※ 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、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第三者に提供すること等は禁止されています。