

【様式9】

(特-様式第1号)

特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

高知県国民健康保険団体連合会 殿

届出日		令和		年		月		日
届出者	漢字住所							
	漢字氏名							

①	特定健診・保健指導機関コード(半角)	
②	フリガナ(全角)	
	健診等機関名称(全角)	
③	郵便番号(半角)	
	フリガナ(全角)	
	住所地(全角)	
	電話番号(半角)	
④	フリガナ(全角)	
	請求者名(全角)	
⑤	フリガナ(全角)	
	受領者名(全角)	
⑥	振込先区分(全角)	<input checked="" type="checkbox"/> : 下記⑦の口座に振込を希望する。

	* 整理印	* 受領印
登録		
確認		

⑦	振込銀行(全角)		銀行コード(4桁)	
	振込支店(全角)		支店コード(3桁)	
⑦	口座番号(半角)			
	科目	下記の□にいずれかに「✓」を記入願います。 <input type="checkbox"/> : 普通預金 <input type="checkbox"/> : 当座預金		
	口座カナ名義人(全角)			
	振込区分	下記の□にいずれかに「✓」を記入願います。 <input type="checkbox"/> : 銀行振込み <input type="checkbox"/> : 告知書振込み		

⑧	請求開始年月(半角)	令和		年		月
---	------------	----	--	---	--	---

⑨	請求形態	下記の□にいずれかに「✓」を記入願います。 <input type="checkbox"/> : 電子媒体(MO) <input type="checkbox"/> : 電子媒体(FD) <input checked="" type="checkbox"/> : 電子媒体(CD-R) <input type="checkbox"/> : 電子媒体(オンライン)
		(注) 高知県医師会の会員は(CD-R)に「✓」をしてください。

※1 [] 部を全て記入願います。

※2 本届の内容については、高知県国民健康保険団体連合会の特定健診費用決済業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

※3 本届においてJIS第一、第二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、第二水準に置き換えて登録を行い特定健診システムに登録いたします。