

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 ・ 廃 止 届

特定健診・特定保健指導機関の変更・廃止について、下記のとおり届けます。

高知県国民健康保険団体連合会 様

令和 年 月 日

変更・廃止年月日
令和 年 月 日

変更	廃止
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

どちらかに○をお願いします

届出者	住所	
	氏名	

①	特定健診・特定保健指導機関コード																	機関の種類	<input type="checkbox"/> 特定健診機関	<input type="checkbox"/> 特定保健指導機関
---	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	---------------------------------	-----------------------------------

②	フリガナ	
	健診等機関名称	

③	郵便番号		-	
	フリガナ			
	住所地			
	電話番号			

④	フリガナ	
	請求者名	

⑤	フリガナ	
	受領者名	

	* 整理印	* 受領印
登録		
確認		

⑦	請求形態	<input type="checkbox"/> : 電子媒体 (MO) <input checked="" type="checkbox"/> : 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> : 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> : 電子媒体 (オンライン)
---	------	--

⑥	振込銀行	銀行	銀行コード(4桁)	振込支店	支店	支店コード(3桁)
	科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		口座番号		
	口座カナ名義人					

- ※1 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。
- ※2 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。
- ※3 「変更・廃止年月日」欄は、届出項目の変更を行った日付または廃止した日付を記入してください。
- ※4 廃止の場合の口座は、振込が可能な口座を記入してください。
- ※5 変更の場合は①～⑦、廃止の場合は①～⑦の全ての項目を記入してください。
- ※6 届出者欄上部の日付は本届の記入日を記入してください。