

特定健診・特定保健指導機関変更届

別添9

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 埼玉県 支部長 殿

令和 年 月 日

変更年 月 日
令和 年 月 日

届出者 住所
氏名

印

Form with 10 numbered sections: 1. Code, 2. Name, 3. Address, 4. Home page, 5. Hospital type, 6. Operator, 7. Applicant, 8. Recipient, 9. Bank, 10. Request form. Includes checkboxes for '変更' and '振込銀行'.

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。
※2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金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、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。
※4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。