

# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

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。

埼玉県社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

平成 年 月 日

届出者 住所  
氏名

㊞

変 更 年 月 日 平成 年 月 日		変更 <input type="checkbox"/>		機関の種類別		<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関		<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
変更 <input type="checkbox"/>	② 名 称								
変更 <input type="checkbox"/>	③ 所 在 地	郵便番号		電話番号					
変更 <input type="checkbox"/>	④ ホームページアドレス	フリガナ		http://					
変更 <input type="checkbox"/>	⑥ 開 設 者 名								
変更 <input type="checkbox"/>	⑦ 請 求 者 名								
変更 <input type="checkbox"/>	⑧ 受 領 者 名								
変更 <input type="checkbox"/>	⑨ 振 込 銀 行	銀行コード		支店コード		科目		口座番号	
						当座・普通			
変更 <input type="checkbox"/>	⑩ 請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン						⑤ 病 院 国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人 その他の法人・個人 診 療 所 官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人 個人 その他 健診・保健指導機関 都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他	
(備考)								* 整理印	
								* 受付印	

※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。

A 4 (210×297)

- 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。
- 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。
- 「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。