

特定健診・特定保健指導機関変更届

支払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 〇〇 審査委員会事務局 御中

令和 〇 年 〇 月 〇 日

届出者 住所 東京都 港区 新橋 〇丁目〇番〇号
医療法人 基金会 基金病院
氏名 理事長 基金 太郎

変更年 月 日
令和 〇 年 〇 月 〇 日

①	特定健診・特定保健指導機関コード	1 3 1 * * * * * * * *	変更口	機関の種別	<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	フリガナ イリョウホウジンキキンカイキキンビョウイン 医療法人基金会基金病院							
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 https://							
変更 <input type="checkbox"/>	⑥ 開設者名	フリガナ							
変更 <input type="checkbox"/>	⑦ 請求者名	フリガナ							
変更 <input checked="" type="checkbox"/>	⑧ 受領者名	フリガナ キキン タロウ 基金 太郎							
変更 <input checked="" type="checkbox"/>	⑨ 振込銀行	フリガナ キキン	銀行コード	フリガナ シンバシ	支店コード	科目	口座番号	* 整理印	* 受付印
		基金	銀行	新橋	支店	当座・普通	00000000		
	口座名義人	フリガナ キキン タロウ							
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					登録	確認	
(備考)									

※ 1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については支払基金のホームページ上で公開いたします。 A 4 (210×297)
 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18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 「⑩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。

作成要領

- 1 本届出は、届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から、特定健診・特定保健指導機関の所在する審査委員会事務局へ届け出てください。
- 2 「変更年月日」欄は、届出項目の変更を行った日付を記入してください。
- 3 「変更口」欄は、変更のある項目に✓を記入し、変更後の情報を記入してください。
- 4 「特定健診・特定保健指導機関コード」欄、「名称」欄は変更がない場合も記入してください。
- 5 「名称」欄は正式名称を、「所在地」欄は都道府県名から記入してください。
なお、丁目・番地等については、次の例によってください。（例）東京都港区新橋2丁目1番3号 ⇒ 東京都港区新橋2-1-3
- 6 「名称」、「所在地」、「ホームページアドレス」、「開設者名」、「請求者名」、「受領者名」及び「振込銀行支店」の各欄は、必ずフリガナを付してください。
- 7 ホームページアドレス欄は、「運営についての重要事項に関する規程」を公開しているホームページアドレスを記入してください。
なお、ホームページ以外の方法で「運営についての重要事項に関する規程」を公開する場合は、本欄に記入せず、「備考」欄に「ホームページ開設せず」と記載願います。
- 8 *印欄は記入しないでください。