

福岡医発第1133号(地)

平成19年10月 2日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査・特定保健指導
機関の登録について

平成20年度からの特定健診・特定保健指導の実施に向けて、医療保険者からの特定健診・特定保健指導を受託する機関（以下、健診等機関）は、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）の都道府県支部において、登録が必要となる旨、別紙のとおり日本医師会より通知がありましたので、会員各位へ周知方よろしくお願ひ申し上げます。

保険医療機関につきましては、健診等機関コードは、すでに付番されている保険医療機関番号と同様の番号となりますが、特定健診・特定保健指導を受託する意向がある旨の届出は必須であります。

登録は、別紙登録用紙に必要事項を記入の上、福岡県社会保険診療報酬支払基金へ提出することとなっています。

なお、

- 1) 届出用紙については、支払基金のホームページ (<http://www.ssk.or.jp/>) からダウンロードするか、福岡県社会保険診療報酬支払基金へ申し出ていただければ、必要部数を各医師会へ送付されます。
- 2) 健診機関等の基本情報は、支払基金のホームページで公開されることになっています。
- 3) 地域医師会としての一括の届出（個々の健診等機関の記入は必要）、及び振込先を地域医師会とすることも可能であることも日本医師会と支払基金の間で確認されております。
- 4) 福岡県社会保険診療報酬支払基金より各医療機関へ別紙パンフレットが直接送付されます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(地Ⅲ152)

平成19年9月28日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会
常任理事 内 田 健



社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査・特定保健指導
機関の登録について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成20年度からの特定健診・特定保健指導の実施に向けて、医療保険者から特定健診・特定保健指導を受託する機関（以下、健診等機関）は、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）の都道府県支部において、登録が必要となります。

保険医療機関につきましては、健診等機関コードは、すでに付番されている保険医療機関番号と同様の番号となりますが、特定健診・特定保健指導を受託する意向がある旨の届出は必須であります。

登録に際しては、所定の届出用紙に必要事項を記入の上、健診等機関の所在する都道府県の支払基金支部へ提出することとなっております。届出用紙につきましては、支払基金のホームページ（<http://www.ssk.or.jp/>）からダウンロードするか、支払基金支部においても入手できることとなっております、登録は随時受け付けられることになっています。

なお、健診等機関の基本情報は、支払基金のホームページで公開されることになっています。また、地域医師会としての一括の届出（個々の健診等機関の記入は必要）、及び振込先を地域医師会とすることも可能であることを支払基金との間で確認しております。

支払基金から保険医療機関宛に対しては、別紙リーフレットが送付されることとなっておりますが、貴会には届出用紙と併せてお送りさせていただきますので、本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会、及び会員等への周知方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、国保連等決済を処理する他の代行機関への費用請求の届出につきましては、別途お知らせする予定でありますことを申し添えます。



平成19年10月2日

福岡県医師会

会長 横 倉 義 武 殿

福岡県社会保険診療報酬支払基金

幹事長 木 村 孝 英



特定健診等機関あてリーフレットの送付について

平素は支払基金の業務運営につきまして、格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、既にご承知のこととは存じますが、平成20年4月から医療保険者（国保含む。）が特定健康診査・特定保健指導を実施するに当たり、集合契約に関する健診等費用の決済を支払基金が行うこととなりました。そのため、特定健康診査・特定保健指導を実施する機関の機関番号を一元的に管理することを関係者間の協議により委ねられたところです。

特定健診・特定保健指導を実施する機関は、今後、支払基金への届出が必要となりますが、この便に供するため、この度、支払基金では届出に当たってのリーフレット（「特定健診・特定保健指導機関の登録のご案内」）を作成いたしました。

つきましては、本リーフレットを県内の医科の保険医療機関あて支払基金から10月初旬に配布いたしますので、なにぶんのご理解を賜りますようお願いいたします。

なお、本件につきましては、支払基金本部から日本医師会のご理解をいただいていることを申し添えます。

—— 保険医療機関・健診専門機関等の皆様へ ——

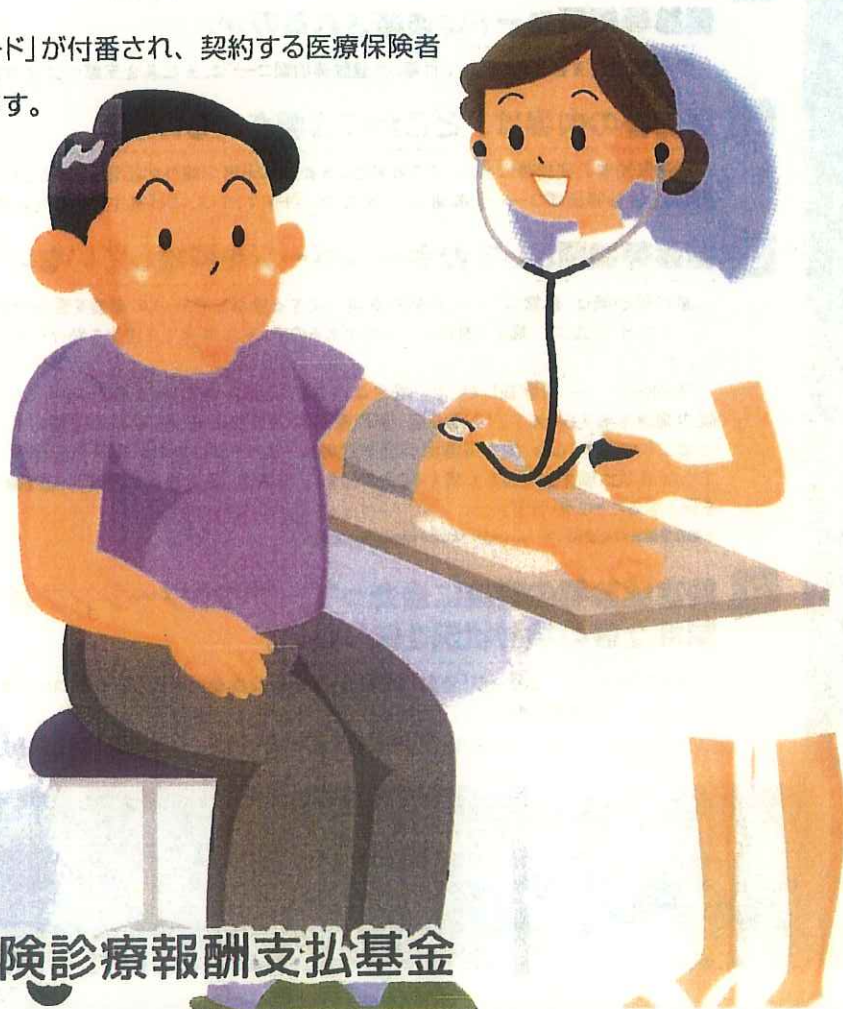
特定健康診査・特定保健指導機関 の登録のご案内

——

「高齢者の医療の確保に関する法律」により、20年4月から医療保険者は、40歳～74歳の加入者(被保険者及び被扶養者)に対して特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健診等」という。)を実施することが義務付けられることになりました。

医療保険者から委託を受けて特定健診等を実施する機関は、医療保険者の統一的な事務管理のため、特定健康診査・特定保健指導機関(以下「健診等機関」という。)としての登録が必要となります。

登録された健診等機関には「健診等機関コード」が付番され、契約する医療保険者に対し特定健診等費用の請求が可能となります。



社会保険診療報酬支払基金

おたずねに答えて

1 登録は、何を、どこへ、いつまでに申請すればよいのか。

健診等機関の登録は、社会保険診療報酬支払基金がその事務を行うこととなりました。登録に際しては、所定の届出用紙に必要事項を記入の上、健診等機関の所在する都道府県の支払基金支部へ提出してください。

支払基金支部は19年9月以降、随時受け付けています。

受付時間 9:00～17:00(土日、祝日を除く)

※郵送の場合は、個人情報保護の観点から書留等確実な方法で送付してください。

2 届出書は、どこでもらえるのか。

届出に係る所定の様式用紙は、支払基金のホームページからダウンロードできます。また、最寄りの支払基金支部においても用意しています。

※支払基金のホームページ <http://www.ssk.or.jp>

3 健診等機関として登録するためには登録費用がかかるのか。

登録は、無料です。

4 保険医療機関だが、健診等機関コードは新たに付番されるのか。

保険医療機関の場合は、既に医療機関コードが付番されていますから、そのコードが健診等機関コードになります。

なお、機関コードは10桁になっています。保険医療機関の場合、先頭の2桁が「都道府県番号(01～47)」の、次の1桁が機関区分コード「1」となり、その後に医療機関コードの7桁が入ります。

保険医療機関以外の場合は、健診等機関コードを新たに付番します。

保険医療機関とそれ以外の機関では、届出の様式が異なりますから、ご注意ください。

5 保険医療機関だが、特定健康診査も特定保健指導も両方実施したいが、その場合の届出書は2枚必要となるのか。

届出書は1枚で足りる。届出書の機関種別欄の「ア 特定健診機関」及び「イ 特定保健指導機関」の両方の□(四角)枠内にチェックを付けて提出してください。

6 保険医療機関以外の健診等機関だが、届出書を支払基金へ提出後、健診等機関コードは連絡されるのか。

届出受理後、支払基金において付番した健診等機関コードは、支払基金支部から「決定通知書」により連絡します。

7 届出書の内容は、どこかに公開されるのか。

医療保険者の契約等に当たっての参考となるよう、届出書の欄外に記載しているとおり、登録する健診等機関の同意を得たものとして、基本となる情報(①健診等機関コード、②機関名、③所在地、④HPアドレス、⑤経営主体)を、支払基金ホームページに公開します。

8 健診等機関としてのホームページを開設していないが、差し支えないか。

健診等機関は、運営についての重要事項に関する規程を定め、その概要を医療保険者及び受診者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)を通じて、幅広く周知する必要があるため、支払基金では届出を受けたホームページアドレスを公表することとしています。

自らホームページを開設していない場合は、所属する団体やグループ等でのホームページに掲載しても構いません。また、院内掲示も考えられます。(この場合、医療保険者及び受診者から規程の概要について照会があれば対応することが必要になります。)なお、国立保健医療科学院のホームページに無料の掲載場所が設けられていますので、その場を借りて重要事項に関する規程を公開することができ、その場合、届出書には国立保健医療科学院ホームページのアドレスを記入することになります。

※国立保健医療科学院のホームページ <http://www.niph.go.jp>

9 特定健診等の実施に当たって、アウトソーシング基準など制度全般の検討状況を知りたい。

厚生労働省のホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」にて公開されています。下記のURLをご参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/Info03d.html>



特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保険医療機関)

平成 年 月 日

届出者	住 所
	氏 名

印

[illegible]

また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

☐ イ 下記口座に振込を希望する。

⑦ 請 求 者 名																						* 整理印		* 受付印				
⑧ 受 領 者 名																												
⑨ 振 込 銀 行		銀行コード										支店コード										科 目		口 座 番 号		登 録		
		銀行										支店										当 座 ・ 普 通						
口 座 名 義 人																						確 認						
⑩ 請 求 開 始 年 月 日		平成		年		月		日		⑪ 請 求 形 態		☐ ア 電子媒体 (CD-R)		☐ イ 電子媒体 (FD)		☐ ウ 電子媒体 (MO)		☐ エ オンライン										
(備考)																												

A 4 (210 × 297)

3 本属において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。

作 成 要 領

- 1 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届け出願います。
- 2 「特定健診・特定保健指導機関コード」欄は、左から機関所在地の都道府県コード（別紙「都道府県コード表」参照）を2桁、その後に「1」を記載後、医療機関コードを記入してください。（都道府県コード（2桁）＋「1」（1桁）＋医療機関コード（7桁））
- 3 「機関の種別」欄は、該当する項目の□に✓を記入してください。両方に該当する場合は、両方の□に✓を記入してください。
- 4 「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
- 5 「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。
- 6 国の会計法又は都道府県市町村条例により歳入徴収官又は会計管理者を定めているもの以外で、開設者と請求者又は受領者が異なるときは、基金備付の委任状を同時に提出してください。なお、開設者と請求者・受領者が同一人の場合は、請求者名及び受領者名欄には記入の必要はありません。
- 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 「経営主体」欄は、該当文字を○で囲んでください。
- 9 「振込銀行」欄は、開設者名義の口座番号及び口座名義人（カタカナ）を記入してください。ただし、開設者と受領者が異なる場合は、受領者名義の口座番号及び口座名義人（カタカナ）を記入してください。
- 10 「請求開始年月日」欄は、機関として特定健診・特定保健指導を開始する年月日を記入してください。
平成20年3月末までに提出する場合は、「平成20年4月1日」を記載してください。
- 11 「請求形態」欄は、特定健診・特定保健指導データの授受方法について該当する項目の□に✓を記入してください。
- 12 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診・特定保健指導機関変更届」又は「特定健診・特定保健指導機関廃止届」により届け出てください。
（届出書は、支払基金ホームページからダウンロードできます。また、最寄りの基金支部にも備え付けています。）
- 13 ＊印欄は記入しないでください。

※ ⑦以降の記載については、支払基金に費用を請求する場合に必要となる情報です。

支払基金では、集合契約（複数の特定健診・特定保健指導機関と代表保険者が契約する場合）において、被用者保険の被扶養者に係る特定健診・特定保健指導の費用の決済代行業務を行う予定です。

別紙

都道府県コード表					
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

(特-様式第 6 号)

[illegible]

委 任 状

私は、都合により をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- 1 特定健診費用
- 2 特定保健指導費用 の請求に関すること。
- 3 特定健診費用及び特定保健指導費用

平成 年 月 日

委任者 住 所

上記委任の件、承諾いたしました。

氏 名

印

受任者 住 所

氏 名

印

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

作成要領

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。

(特-様式第 5 号)

特定健診・特定保健指導機関コード									

委 任 状

私は、都合により をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- 1 特定健診費用
- 2 特定保健指導費用 の受領に関すること。
- 3 特定健診費用及び特定保健指導費用

平成 年 月 日

委任者 住 所

上記委任の件、承諾いたしました。

氏 名

㊞

受任者 住 所

氏 名

㊞

_____ 社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

作成要領

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保険医療機関以外)

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。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

住所
届出者 氏 名



①	機 関 の 種 別	☐ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関	
②	名 称		
③	所 在 地	郵便番号 電話番号	
④	ホームページアドレス	http://	
⑤	経 営 主 体	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	
⑥	開 設 者 名		

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

⑦	請 求 者 名			* 整理印		* 受付印	
⑧	受 領 者 名			登 録			
⑨	振 込 銀 行	銀行		支店		科目 口座番号	
	口 座 名 義 人					当 座 ・ 普 通	
⑩	請 求 開 始 年 月 日	平成 年 月 日		⑪ 請 求 形 態		☐ ア 電子媒体 (CD-R) ☐ イ 電子媒体 (FD) ☐ ウ 電子媒体 (MO) ☐ エ オンライン	
(備考)						(基金使用欄) * 決定特定健診・特定保健指導機関コード 	

※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。
なお、決定した特定健診・特定保健指導機関コードについても基金ホームページ上で公開します。

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。

A 4 (210×297)

作成要領

- 1 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届け出願います。
- 2 「機関の種別」欄は、該当する項目の□に✓を記入してください。両方に該当する場合は、両方の□に✓を記入してください。
- 3 「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
- 4 「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。
- 5 国の会計法又は都道府県市町村条例により歳入徴収官又は会計管理者を定めているもの以外で、開設者と請求者又は受領者が異なるときは、基金備付の委任状を同時に提出してください。なお、開設者と請求者・受領者が同一人の場合は、請求者名及び受領者名欄には記入の必要はありません。
- 6 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。
- 7 「経営主体」欄は、該当文字を○で囲んでください。
- 8 「振込銀行」欄は、開設者名義の口座番号及び口座名義人（カタカナ）を記入してください。ただし、開設者と受領者が異なる場合は、受領者名義の口座番号及び口座名義人（カタカナ）を記入してください。
- 9 「請求開始年月日」欄は、機関として特定健診・特定保健指導を開始する年月日を記入してください。
平成20年3月末までに提出する場合は、「平成20年4月1日」を記載してください。
- 10 「請求形態」欄は、特定健診・特定保健指導データの授受方法について該当する項目の□に✓を記入してください。
- 11 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診・特定保健指導機関変更届」又は「特定健診・特定保健指導機関廃止届」により届け出てください。
（届出書は、支払基金ホームページからダウンロードできます。また、最寄りの基金支部にも備え付けています。）
- 12 ＊印欄は記入しないでください。

※ ⑦以降の記載については、支払基金に費用を請求する場合に必要となる情報です。

支払基金では、集合契約（複数の特定健診・特定保健指導機関と代表保険者が契約する場合）において、被用者保険の被扶養者に係る特定健診・特定保健指導の費用の決済代行業務を行う予定です。

(特-様式第7号)

特定健診・特定保健指導機関コード																					
委 任 解 除 届																					
私は、に、下記の権限を委任 (から下記の権限を受任)していましたが、今般、都合によりこれを解除します。 解除事項 <table><tbody><tr><td>1 特定健診費用</td><td></td><td>4 特定健診費用</td><td></td></tr><tr><td>2 特定保健指導費用</td><td>の請求に関する こと。</td><td>5 特定保健指導費用</td><td>の受領に関する こと。</td></tr><tr><td>3 特定健診費用及び特定保健指導費用</td><td></td><td>6 特定健診費用及び特定保健指導費用</td><td></td></tr></tbody></table> 委任者 住所 氏 名 印 又は 受任者 住所 氏 名 印 平成 年 月 日 上記委任解除の件、承諾いたしました。 _____ 社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿										1 特定健診費用		4 特定健診費用		2 特定保健指導費用	の請求に関する こと。	5 特定保健指導費用	の受領に関する こと。	3 特定健診費用及び特定保健指導費用		6 特定健診費用及び特定保健指導費用	
1 特定健診費用		4 特定健診費用																			
2 特定保健指導費用	の請求に関する こと。	5 特定保健指導費用	の受領に関する こと。																		
3 特定健診費用及び特定保健指導費用		6 特定健診費用及び特定保健指導費用																			

作成要領

- 1 解除事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 本委任解除届状を提出する際、合意解約の場合には、委任者及び受任者双方の、また、委任者・受任者のいずれかが解除する場合には、いずれか一方の印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

平成 年 月 日

	住 所
届出者	氏 名

印

変更		年		月		日				届出者		氏名		(印)			
平成		年		月		日											
①		特定健診・特定保健指導機関コード								変更 ☐		機関の種別		☐ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関			
変更 ☐		②		名		称											
変更 ☐		③		所		在		地		郵便番号		—		電話番号		—	
変更 ☐		④		ホームページアドレス		フリガナ											
変更 ☐		⑥		開		設		者		名		フリガナ					
変更 ☐		⑦		請		求		者		名		フリガナ					
変更 ☐		⑧		受		領		者		名		フリガナ					
変更 ☐		⑨		振		込		銀		行		銀行コード		フリガナ		支店コード	
変更 ☐		⑩		口		座		名		義		人		フリガナ			
変更 ☐		⑪		請		求		形		態		フリガナ					
変更 ☐		⑫		受		付		印		フリガナ							
変更 ☐		⑬		登		録		フリガナ									
変更 ☐		⑭		確		認		フリガナ									
変更 ☐		⑮		病		院		フリガナ									
変更 ☐		⑯		診		療		所		フリガナ							
変更 ☐		⑰		そ		他		機		関		フリガナ					
変更 ☐		⑱		国		立		病		院		フリガナ					
変更 ☐		⑲		大		学		病		院		フリガナ					
変更 ☐		⑳		医		療		法		人		フリガナ					
変更 ☐		㉑		社		会		福		祉		法		人			
変更 ☐		㉒		都		道		府		県		フリガナ					
変更 ☐		㉓		官		公		立		・		フリガナ					
変更 ☐		㉔		其		他		の		公		的		・			
変更 ☐		㉕		医		療		法		人		フリガナ					
変更 ☐		㉖		社		会		福		祉		法		人			
変更 ☐		㉗		N		P		O		・		フリガナ					
変更 ☐		㉘		株		式		会		社		フリガナ					
変更 ☐		㉙		そ		他		の		法		人		フリガナ			
変更 ☐		㉚		個		人		フリガナ									
変更 ☐		㉛		都		道		府		県		フリガナ					
変更 ☐		㉜		官		公		立		・		フリガナ					
変更 ☐		㉝		其		他		の		公		的		・			
変更 ☐		㉞		医		療		法		人		フリガナ					
変更 ☐		㉟		社		会		福		祉		法		人			
変更 ☐		㊱		財		団		法		人		フリガナ					
変更 ☐		㊲		N		P		O		・		フリガナ					
変更 ☐		㊳		株		式		会		社		フリガナ					
変更 ☐		㊴		そ		他		の		法		人		フリガナ			
変更 ☐		㊵		個		人		フリガナ									

※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)

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。

作成要領

- 1 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届け出願います。
- 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□」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。

(特-様式第4号)

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 廃 止 届

特定健診・特定保健指導機関の廃止について、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

住所

屈出者

氏 名

印

廃止年月日										届出者									
平成 年 月 日										氏 名									
① 特定健診・特定保健指導機関コード										機 関 の 種 別									
										☐ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関									
② 名 称																			
③ 所 在 地										郵便番号									
										電話番号									
廃止理由										* 整理印									
										* 受付印									
										登 録									
										確 認									

作 成 要 領

- 1 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届け出願います。
- 2 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 3 「廃止理由」欄は、廃止となった理由を簡潔に記入してください。
- 4 ＊印欄は記入しないでください。