

福岡医発第1367号(地)
平成19年11月 5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19年10月2日付け福岡医発第1133号(地)にて標記の件についてご連絡申し上げておりましたが、今般、福岡県社会保険診療報酬支払基金より別紙のとおり保険医療機関用の記載例が送付してまいりましたので、お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



記載例

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。

所在地の都道府県を記載

東京都 社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

都道府県コード(別表参照)+1+医療機関コードを記載

届出者

住所 東京都港区新橋2-1-3

氏名 ○○法人 △△会 □□病院 理事長 基金 太郎 ㊟

平成 年 月 日

機関届を届け出る日付を記載

①	特定健診・特定保健指導機関コード	○○1○○○○○○○	機関の種類別	☒ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関
②	名称	○○法人△△会□□病院		
③	所在地	東京都港区新橋2-1-3	電話番号	03-3591-7441
④	ホームページアドレス	http://ssk.or.jp	ホームページを開けない場合は備考欄に「ホームページ開設せず」と記載	手書き等で「0(ゼロ)」、「o(オー)」等分りにくい場合に記載
⑤	経営主体	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
⑥	開設者名	○○法人△△会□□病院理事長基金太郎	社会保険事務局へ届出た保険医療機関の開設者名を記載	

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。

また、⑨については下記のとおり「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

☐ ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。

☒ イ 下記口座に振込を希望する。

「ア」に✓がある場合は⑨振込銀行は記載不要

⑦	請求者名	○○法人△△会□□病院院長基金次郎	⑧	受領者名	○○法人△△会□□病院院長基金次郎	* 整理印	* 受付印
⑨	振込銀行	基金 銀行 1234 新橋 支店 123 当座 普通 1234567	口座番号	1234567	口座名義人	基金 銀行 1234 新橋 支店 123 当座 普通 1234567	左結めで記載
⑩	請求開始年月日	平成 20 年 4 月 1 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		

※1 本届の内容のうち、①から⑥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。

請求形態はいずれか1つを選択
未定の場合は予定している形態を選択
(請求形態が決定次第、変更届を提出)