

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 氏名 届出者

印

Table with 6 rows for organizational information including code, name, address, website, hospital/clinic details, and founder name.

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。...

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。

- 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。

Table with 10 rows for payment details including requester name, recipient name, bank information, and request start date/form.

※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。

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

印

① 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	
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					確認								
	口座名義人																					
⑩ 請求開始年月日	平成	年	月	日	⑪ 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																
(備考)										(基金使用欄) * 決定特定健診・特定保健指導機関コード												
										<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

※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)

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。

_____ 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

㊞

変 更 _____ 年 _____ 月 _____ 日		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
①	特定健診・特定保健指導機関コード	変更 <input type="checkbox"/>	機関の種類 <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	
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	フリガナ	
変更 <input type="checkbox"/>	⑦ 請 求 者 名	フリガナ	
変更 <input type="checkbox"/>	⑧ 受 領 者 名	フリガナ	
変更 <input type="checkbox"/>	⑨ 振 込 銀 行	銀行コード	フリガナ
変更 <input type="checkbox"/>	口 座 名 義 人	支店コード	科目
変更 <input type="checkbox"/>	⑩ 請 求 形 態	口座番号	整理印
(備考)		当座・普通	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)

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。

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

住所
届出者 氏名

㊞

廃止年月日 平成 年 月 日											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											
② 機 関 名	〒																					
③ 機 関 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。
- (注) 1 受付印欄は、「特定健診・特定保健指導機関廃止届」を受け付けたときに所定の受付日付印を押印する。
- 2 「整理印」欄中「登録」欄は、特定健診・特定保健指導機関マスタへ廃止登録した者が押印し、「確認」欄は、「特定健診・特定保健指導機関廃止届」と特定健診・特定保健指導機関マスタの登録内容を確認した者が押印する。
 - 3 この様式は、基金支部の実情により多少変更することができる。