注1：別紙の記入例を参考とすること
注2：送付の際は必ずコピーを保管すること

＊送付封筒表面および登録情報変更届に記載の番号を記入

年　　月　　日

委　任　状

【委任者】

①健診・保健指導機関番号（10桁）	
②実施機関名	
③郵便番号	
④所在地（要都道府県）	
⑤電話番号（要市外局番）	
※契約代表者役職・氏名	印

＊①～④は支払基金等へ届け出る（あるいは届け出ている）内容と差異のないこと
＊他団体の集合契約Aに重複参加される場合は、①～⑤と下記⑥⑦の受託業務等に差異のないこと
＊⑤は受診者が円滑に予約のとれる電話番号を記載（左記要件を満たすなら代表番号でもよい）
＊※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること（法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること）

（記入担当者）

部署・氏名	
メールアドレス	

＊メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

記

当機関は、下記の団体を契約とりまとめ団体として次の事項についての権限を委任いたします。
高齢者の医療の確保に関する法律に基づき実施する特定健康診査および特定保健指導について、下記に記入した業務範囲に限って、健康保険組合連合会およびその他の代表保険者との、特定健康診査および（または）特定保健指導の実施に関する令和2年度の集合契約A（A①、A②）を締結すること

【集合A①】（これまでの集合A）

⑥受託業務

特定健康診査	特定保健指導	
	動機付け支援	積極的支援

※受託する項目に「○」を、受託しない場合は「×」とすること
※他団体の集合契約Aに重複参加する場合は、受託業務に差異がでないこと

特定健診・特定保健指導（動機付・積極的）すべてを受託している施設は右記にも必ずご記入ください。

【集合A②】（健診当日初回面接実施）

⑦健診当日に初回面接を実施する契約

契約する	契約しない

※特定健診と特定保健指導（動機付・積極的）すべて受託していないのに契約するに○がある場合は無効とします。
※健診から保健指導の初回面接、実績評価まで一貫して受託できること

◆人間ドックアドバイザーについて

人間ドックアドバイザー※の資格を持つスタッフ	いる ・ いない

※人間ドック学会が認定する人間ドック健診情報管理指導士の認定者の人数（修了者は含まない）

いる場合は人数もご記入ください

医師	保健師	管理栄養士
名	名	名

◆以下にもお答えください（ □にレを記入）

集合契約上でも人間ドックが実施可能である　　□　実施できる　　□　実施できない

※実施できるに☑をした施設は、人間ドック健診（特定健診含）が実施でき、特定健診部分の結果データをXML形式で代行機関へ送付請求できる施として、全国建設工事業国民健康保険組合に人間ドック健診（特定健診含）受託可能施設として報告させていただきます。
保険者負担上限額は特定健康診査の基本検査項目の単価と同額とし、その金額を超える場合は人間ドック実施当日に受診者より徴収ください。
お申込みがあった際は、ご対応をお願い致します。

（契約とりまとめ団体名）

東京都千代田区三番町9－15　1階
公益社団法人　日本人間ドック学会
理事長　篠原　幸人

東京都千代田区三番町9－15　4階
一般社団法人　日本病院会
会　長　相澤　孝夫