

記入例

令和 ● 年 ● 月 ● 日

委任状

委任状の記入日をご記入ください。

(委任者)

所属郡市医師会名： 松江市医師会

健診機関番号：

3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

所在地： 〒690-0048 松江市西嫁島2-2-23

医療機関名： 松江医院

代表者名： 松江 太郎 電話番号： 0852-23-2472

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

島根県内の国民健康保険の被保険者に対する令和7年度特定健康診査等・特定保健指導の実施について、島根県内の国民健康保険の代表である島根県国民健康保険団体連合会と委託契約を締結すること。

記

(代理人) 住所：島根県松江市袖師町1番31号

代表者名：一般社団法人 島根県医師会

会長

眼底検査を眼科に依頼される場合は、△をご記入ください。

【詳細項目実施方法について】

自院で実施される項目には「○」を、委託により実施される項目には「△」を、必ずご記入ください。(血液検査については、自院で採血される場合は、検査を外部委託される場合であっても「○」となります。)

貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン
○	○	△	○

【特定保健指導について】※1

特定保健指導を受託される場合は、以下の実施する項目に「○」をご記入ください。

健診当日初回面接 ※2	動機付け支援	積極的支援

特定保健指導を実施しない場合は、空欄でご提出ください。

※1 本委託契約における特定保健指導については、電子化したデータファイルによる結果報告・請求が必須です(電子化に対応していない場合は受託できません)。

※2 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」のみとなります。

適格請求書発行事業者(インボイス登録事業者)でない場合は、空欄でご提出ください。

【適格請求書発行事業者(インボイス登録事業者)の場合は以下にご記入ください】

登録番号													登録年月日		
T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	令和5年12月1日	

【オンライン資格確認による受付の可否について】

オンライン資格確認システムによる受診券・利用券に記載の保険資格の確認が可能な場合は、右枠に「○」をご記入ください。

○