

## 付属資料 2 - 1 : 社会保険診療報酬支払基金への機関届の様式

(特一様式第1号) 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保 険 医 療 機 関)

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 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

届出者

住 所  
氏 名

㊞

① 特定健診・特定保健指導機関コード		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 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	フガナ http://			
⑤ 経 営 主 体	病 院	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	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
		医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人		
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。

また、⑨については下記の口に✓を記入し「イ」の場合のみ⑩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。

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			確 認
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)								

※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)

- 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。
- 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」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

(特一様式第2号) 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 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

届出者

住 所  
氏 名

㊞

① 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 名 称	フリガナ	
③ 所 在 地	郵便番号	電話番号
	フリガナ	
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	フリガナ	

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	フリガナ		* 整理印	* 受付印
	フリガナ			
⑧ 受 領 者 名	フリガナ		登 録	
	フリガナ			
⑨ 振 込 銀 行	銀行コード	フリガナ	支店	科目
	銀行			
口 座 名 義 人	フリガナ		確 認	
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 _____	

※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。

4 「請求形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

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 \_\_\_\_\_ 支部長 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"/>		機関の種類別		<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								
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		支店		科目		口座番号	
		口座名義人				当座・普通			
変更 <input type="checkbox"/>	⑩ 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)									

⑤ 病 院  
 ⑤ 診 療 所  
 ⑤ 其 他 健 診 ・ 保 健 指 導 機 関

変 更

営 業 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

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

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

\* 整理印

\* 受付印

登 録

確 認

※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。

4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

(特一様式第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 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

届出者 住 所  
氏 名

㊞

廃 止 年 月 日		平成 年 月 日	
①	特定健診・特定保健指導機関コード	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	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	