令和●年●●月●●日

下線部を適宜書き換えて作成し、送付する

**付属資料１－５：委任状の様式**

**委　任　状**

　　（委任者）　住所　：●●県●●●市●●町１－１－１

　　　　　　　　氏名　：●●●健康保険組合

（保険者番号：●●●●●●●●）

各項目（健診、保健指導（後日初回面接）、保健指導（当日初回面接））のうちいずれかを委託しない場合は、不要な欄を削除

　　　　　　　　　　　　理事長　　● ●　● ●

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。

* ▲▲県における、▲▲県内の国民健康保険の被保険者に対する特定健康診査の実施機関（あるいは当該機関の契約とりまとめ機関）等との、当健康保険組合の加入者への●年度の特定健康診査の実施に関する委託契約を締結すること
* ▲▲県における、▲▲県内の国民健康保険の被保険者に対する特定保健指導の実施機関（あるいは当該機関の契約とりまとめ機関）等との、当健康保険組合の加入者への●年度の特定保健指導の実施（後日初回面接実施（Ｂ①））に関する委託契約を締結すること

国保ベース以外の集合契約に使用する場合は、この記述も変更（健診も）

* ▲▲県における、▲▲県内の国民健康保険の被保険者に対する特定保健指導の実施機関（あるいは当該機関の契約とりまとめ機関）等との、当健康保険組合の加入者への●年度の特定保健指導の実施（当日から一週間以内の初回面接実施（Ｂ②））に関する委託契約を締結すること

保健指導を委託契約した価格設定上、対象者の「自己負担がない」または「保健指導のレベルに関わらず自己負担額が定額」の場合に限る。

記

　　（代理人）　住所　：▲▲県▲▲▲市▲▲町１－１－１

　　　　　　　　氏名　：▲▲▲健康保険組合

　　　　　　　　　　　　理事長　　▲ ▲　▲ ▲

以上

連絡先のお知らせ

集合契約に要する事務に関わる各種連絡先・照会については、下記担当者までお願いします。

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 役職 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| 電子メール |  |

|  |  |
| --- | --- |
| インボイス制度対応 | 必要　　　　　　・　　　　　　不要 |