

締切 2/14(金)  
提出先 柏市医師会事務所  
FAX:7147-1711

千葉県医師会長 様

## 実施機関届(社保 集合契約 B/令和2年度)

健診・保健指導 機関番号※1	実施機関名	郵便番号 (ハイフンあり)	所在地※2	電話番号※3 (ハイフンあり)	受託業務※4						
					特定健康診査			特定保健指導			
					アチ ニ ン 含 ) な 基 本 的 ( ク レ	詳細な健診※5			健診 当日 初回 面接 *6	動 機 付 け 支 援	積 極 的 支 援
貧血	心電図	眼底									

※1 健診・保健指導機関番号の欄については、社会保険診療報酬支払基金千葉支部へ機関届を提出、付番された機関番号を記入。

※2 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※3 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※4 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。

※5 詳細な健診の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、当該実施機関で再委託(眼底等)により実施可能な場合は項目に「△」を記入（当該実施機関において再委託先がある場合のみ「△」を記入）。

※6 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、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみとなる（この欄に「○」を記入できるのは、動機付け・積極的支援両方可可能な実施機関のみ）。