

別紙

千葉県医師会長 様

R3/1/29(金) 締切  
柏市医師会事務局 (FAX:04-7147-1711)

## 実施機関届(社保 集合契約 B/令和3年度)

健診・保健指導 機関番号※3	実施機関名	郵便番号 (ハイフンあり)	所在地※4	電話番号※5 (ハイフンあり)	受託業務※6							
					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※1			健診 当日 初回 面接 ※2	動 機 付 け 支 援	積 極 的 支 援	
貧血	心電図	眼底										
121			千葉県 柏市	04-								

※1 詳細な健診の欄については、自院で実施できる項目に「○」、他院に再委託(眼底等)により可能な場合は「△」を記入(委託先がある場合のみ「△」を記入)。

※2 健診当日に初回面接を行う実施機関は、特定健康診査を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」を行う実施機関のみとなる。(この欄に「○」をつけられるのは、動機付け・積極的支援両方可能な実施機関のみ)

※3 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。

※4 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※5 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※6 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。