

別紙 ※地区医師会へご提出ください。県医師会から取りまとめをお願いしております。必ず控え(コピー)を残してご提出願います。

千葉県医師会長 様

実施機関届(社保と一部国保含む 集合契約 B/令和5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						請求方法 該当を選んで ください
					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 ※7								

医療機関代表メールアドレス: _____

※メールで、特定健診等関連情報の提供を考えております。

※1 「詳細な健診」の欄については、自院で実施できる項目に「○」、他院と連携して(眼底等)検査可能な場合は「△」を記入(連携先がある場合のみ「△」を記入)。

※2 「特定保健指導」の関係で、血液検査が外注で、結果が当日わからない場合、「健診当日初回面接」は行えません。これはその日のうちに結果を診て特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」を行える機関のみとなります。(この欄に「○」をつけられるのは、動機付け・積極的支援両方可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、診療報酬請求時と同じ、保険医療機関指定通知書の、医療機関コードをご記入ください。

※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、実施する項目に「○」を記入。

※7 近隣医療機関から「眼底検査」のみ請け負う場合、この届出は必要ありません。眼底検査だけ実施の健診機関は受付ておりません。