

令和 年 月 日

委任状（令和 4 年度特定健診等集合契約）

(委任者)	①健診・保健指導機関番号	
	②実施機関名	
	③郵便番号	
	④住所	
	⑤電話番号	
	⑥FAX 番号	
	⑦役職	
	⑧氏名	印
	⑨記入担当者名	

※①～④は支払基金へ届け出ている内容と差異のないこと

※⑤、⑥は市外局番から省略せずに記入すること

※⑦、⑧は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること)

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として次の事項についての権限を委任致します。

下記に記入した業務範囲に限って、沖縄県医師会が集合契約を締結する各代表保険者並びに市町村および沖縄県後期高齢者医療広域連合との、特定健康診査・健康診査および（または）特定保健指導の実施に関する令和 4 年度の集合契約を締結すること。

受託業務 ※1									
特定健康診査							特定保健指導		
実施形態 ※2		追加健診 ※3	詳細な健診 ※4				動機付 支援	積極的 支援	健診当日 初回面接 ※5
集団健診	個別健診		貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン			
セ		○ 必須							

※ 1 受託業務の欄は、受託する項目に「○」を記入すること

※ 2 施設内に一般外来とは別に健診専用の受付がある場合は、「集団健診」欄の「セ」に○を記入すること

※ 3 尿潜血、尿酸、血清クレアチニン、eGFR は、追加健診として必須となります（市町村国保のみ）

※ 4 詳細な健診の欄は、自施設において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を、必ず記入すること（血清クレアチニンは被用者保険のみ）

※ 5 健診当日に初回面接の受託業務を行う場合、動機付け支援および積極的支援業務の両方の受託を行うこと

※ 6 特定健診の請求事務を外部に委託する施設は、委託先を以下に記入すること

(代行機関)	請求事務代行機関名	
--------	-----------	--

記

(契約とりまとめ団体) 沖縄県南風原町新川 218-9
一般社団法人 沖縄県医師会
会長 安 里 哲 好