

(特一様式第4号)

## 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 廃 止 届

特定健診・特定保健指導機関の廃止について、下記のとおり届けます。

令和      年      月      日

社会保険診療報酬支払基金   埼玉県   支部長 殿

住所  
届出者 氏名

(印)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">廃止年月日 令和    年    月    日</div>		機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
② 名 称	<small>フリガナ</small>		
③ 所 在 地	<small>郵便番号</small>	<small>電話番号</small>	
廃止理由		* 整理印	* 受付印
		登 録	
		確 認	

A 4 (210×297)

### 作 成 要 領

- 1 届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から届け出願します。
- 2 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 3 「廃止理由」欄は、廃止となった理由を簡潔に記入してください。
- 4 \*印欄は記入しないでください。