（特－様式第1号）

別添１

特　定　健　診　・　特　定　保　健　指　導　機　関　届（保険医療機関）

特定健診・特定保健指導機関として、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＿＿＿＿＿支部長　殿

届出者　住　所

氏　名　　㊞

①	特定健診・特定保健指導機関コード		機関の種別	□ア 特定健診機関　□イ 特定保健指導機関	
②	名称	ﾌﾘｶﾞﾅ			
③	所在地	郵便番号　―	電話番号　―	―	
		ﾌﾘｶﾞﾅ			
④	ホームページアドレス	ﾌﾘｶﾞﾅ			
		http：//			
⑤	経営主体	病院	国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人　・社会福祉法人・その他の法人・個人	診療所	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人
⑥	開設者名	ﾌﾘｶﾞﾅ			

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に✔を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

□ア　診療報酬と同一の口座に振込を希望する。

□イ　下記口座に振込を希望する。

⑦	請求者名	ﾌﾘｶﾞﾅ						＊ 整理印	＊ 受付印
⑧	受領者名	ﾌﾘｶﾞﾅ						登録	
⑨	振込銀行	ﾌﾘｶﾞﾅ	銀行コード	ﾌﾘｶﾞﾅ	支店コード	科目	口座番号	確認	
		銀行		支店		当座・普通			
	口座名義人	ｶﾀｶﾅ							
⑩	請求開始年月日	令和　　年　　月　　日	⑪	請求形態	□ア 電子媒体（CD-R）　□イ 電子媒体（FD）　□ウ 電子媒体（MO）　□エ オンライン				
（備考）									

※１　本届の内容のうち、①から⑤の事項については**基金のホームページ上で公開**いたします。　　Ａ４（210×297）

２　本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

３　本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

４　「請求形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。