

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。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

住 所
届出者
氏 名

印

①	特定健診・特定保健指導機関コード									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	フリガナ											
③	所 在 地	郵便番号			—		電話番号			—	—		
④	ホームページアドレス	フリガナ	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	フリガナ											

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	フリガナ											* 整理印	* 受付印
⑧	受 領 者 名	フリガナ											登 録	
⑨	振 込 銀 行	フリガナ	銀行コード	フリガナ				支店コード	科 目	口 座 番 号				
	口 座 名 義 人	カタカナ	銀行				支店	当 座 ・ 普 通			確 認			
⑩	請 求 開 始 年 月 日	平成 年 月 日	⑪	請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体(CD-R)	<input type="checkbox"/> イ 電子媒体(FD)	<input type="checkbox"/> ウ 電子媒体(MO)	<input type="checkbox"/> 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。

A 4 (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。

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います。
- 2 「特定健診・特定保健指導機関コード」欄は、左から機関所在地の都道府県コード（別紙「都道府県コード表」参照）を2桁、その後に「1」を記載後、医療機関コードを記入してください。（都道府県コード（2桁）+「1」（1桁）+医療機関コード（7桁））
- 3 「機関の種別」欄は、該当する項目の□に✓を記入してください。両方に該当する場合は、両方の□に✓を記入してください。
- 4 「名称」欄は正式名称を、「所在地」欄は都道府県名から記入してください。
なお、丁目・番地等については、次の例によってください。（例）東京都港区新橋2丁目1番3号 ⇒ 東京都港区新橋2-1-3
- 5 「名称」、「所在地」、「ホームページアドレス」、「開設者名」、「請求者名」、「受領者名」及び「振込銀行支店」の各欄は、必ずフリガナを付してください
- 6 国の会計法又は都道府県市町村条例により歳入徴収官又は会計管理者を定めているもの以外で、開設者と請求者又は受領者が異なるときは、基金備付の委任状同時に提出してください。なお、開設者と請求者・受領者が同一人の場合は、請求者名及び受領者名欄には記入の必要はありません。
- 7 ホームページアドレス欄は、「運営についての重要事項に関する規程」を公開しているホームページアドレスを記入してください。
なお、ホームページ以外の方法で「運営についての重要事項に関する規程」を公開する場合は、本欄に記入せず、「備考」欄に「ホームページ開設せず」と記入します。
- 8 「経営主体」欄は、該当文字を○で囲んでください。
- 9 「振込銀行」欄は、開設者名義の口座番号及び口座名義人（カタカナ）を記入してください。ただし、開設者と受領者が異なる場合は、受領者名義の口座番号、口座名義人（カタカナ）を記入してください。
- 10 「請求開始年月日」欄は、機関として特定健診・特定保健指導を開始する年月日を記入してください。
平成20年3月末までに提出する場合は、「平成20年4月1日」を記載してください。
- 11 「請求形態」欄は、特定健診・特定保健指導データの授受方法について該当する項目の□に✓を記入してください。
- 12 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診・特定保健指導機関変更届」又は「特定健診・特定保健指導機関廃止届」により届け出してください。
(届出書は、支払基金ホームページからダウンロードできます。また、最寄りの基金支部にも備え付けています。)
- 13 *印欄は記入しないでください。

※ ⑦以降の記載については、支払基金に費用を請求する場合に必要となる情報です。

支払基金では、集合契約（複数の特定健診・特定保健指導機関と代表保険者が契約する場合）において、被用者保険の被扶養者に係る特定健診・特定保健指導の費用の決済代行業務を行う予定です。

別紙

都道府県コード表					
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

記入例

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。

所在地の都道府県を記入

都道府県コード(別紙参照)+1+医療機関コードを記入

届出者

住 所 東京都港区新橋2-1-3

平成 年 月 日

氏名 ○○達人 △△会 □□病院 理事長 其余 太郎 印

①	特定健診・特定保健指導機関コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input checked="" type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
②	名 称	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フリガナ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ホウジン△△△△カイ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ピヨウイン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 法 人 △ △ 会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病 院	該当する項目の□に✓を記入 両方に該当する場合は、両方の□に✓を記入		
③	所 在 地	郵便番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フリガナ トウキョウトミナトクシンバシ 東 京 都 港 区 新 橋 2 - 1 - 3	電話番号 0 3 - 3 5 9 1 - 7 4 4 1	都道府県名より記載 丁目・番地等については、省略して記入 例) 東京都港区新橋2丁目1番3号 → 東京都港区新橋2-1-3	
④	ホームページアドレス	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フリガナ エスエスケードットオーアールドットジェーピー http://ssk.or.jp	「運営についての重要事項に関する規程」を公開しているホームページアドレスを記入 ホームページを開設しない場合は備考欄に「ホームページ開設せず」と記入 手書き等で「0(ゼロ)」「o(オー)」等分かれにくい場合に記入		
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> フリガナ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ホウジン△△△△カイ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 法 人 △ △ 会	社会保険事務局へ届出た保険医療機関の開設者名を記入 ただし、法人の場合は、個人名まで必要ないこと。		

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。

アリに✓がある場合は⑨振込銀行は記入不要

ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する

□ チ ケイ 診原報酬と同 の口座に振
下記口座に振込を希望する

⑦	請 求 者 名	フリガナ	○ ○ ○ ○ ホウジン△△△△カイ○□□□ビヨ	ウインインチヨウキキンジロウ	⑥開設者と同一人の場合は記入不要 異なる場合はそれぞれ委任状の提出が必要	登録	整理印	受付印
		○ ○ 法人△△会□□病院院長基金次郎						
⑧	受 領 者 名	フリガナ	○ ○ ○ ○ ホウジン△△△△カイ○□□□ビヨ	ウインインチヨウキキンジロウ	支店コード	科 目	口 座 番 号	左詰めで記入
		○ ○ 法人△△会□□病院院長基金次郎						
⑨	振 込 銀 行	フリガナ キキン		銀行コード	フリガナ シンパンシ			確認
		基金 銀行 1 2 3 4	新橋 支店 1 2 3 当座 普通 1 2 3 4 5 6 7	通帳に記載されている受領者の名義の口座を記入				
⑩	口 座 名 義 人	カタカナ	○ ○ ○ ○ ホウジン△△△△カイ○□□□ビヨ	ウインインチヨウキキンジロウ				
⑪	請 求 開 始 年 月 日	平成 20 年 4 月 1 日	請 求 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン	請求形態はいずれか一つを選択 未定の場合は予定している形態を選択 (未定の場合は、未定を選択)			
(備考)								