

(特-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。

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

廃止年月日		届出者		氏名		⑩	
平成 年 月 日							
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						
③	所 在 地	郵便番号		電話番号			
廃止理由						* 整理印	
						登 録	
						確 認	

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 「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。