

(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 _____ 支部長 殿

住 所

届出者

氏 名

⑩

廃 止 年 月 日		令和 年 月 日	
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		
③	所 在 地	郵便番号	電話番号
廃止理由		* 整理印	
		登 録	
		確 認	
		* 受付印	

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。