別添５

平成　　年　　月　　日

※必ず控えをお取りください

委　任　状

会員番号（※右づめ）						←当資料が封入されていた封筒に記載されています。（4桁もしくは5桁）
健診・保健指導機関番号（10桁）						
実施機関名						
郵便番号	〒　　－					
所 在 地	※都道府県名から省略せずに記入。					
電話番号	※市外局番から省略せずに記入。（予約・問い合わせができる番号をご記入ください。）					
ＦＡＸ番号	※市外局番から省略せずに記入。（予約・問い合わせができる番号をご記入ください。）					
施設代表者(理事長・院長等、管理者であること)	役　職：　　氏名：　　印					
事務連絡担当者	氏　名：　　（部署：　　） Ｅ-mail：					

※上記太枠内は支払基金等へ届け出ている内容でご記入をお願いいたします。

当機関は、公益社団法人　全日本病院協会を契約とりまとめ団体として、次の事項についての権限を委任いたします。

・高齢者の医療の確保に関する法律に基づき実施する特定健康診査および特定保健指導について、下記に記入した業務範囲に限って、各保険者と特定健康診査および（または）特定保健指導の実施に関する平成30年度の集合契約Ａ（Ａ①・Ａ②）を締結すること。

【集合契約Ａ①】（これまでの集合契約Ａ）

受託業務		
特定健康診査	特定保健指導	
	動機付け支援	積極的支援

※注　受託する項目に「○」、受託しない　項目に「×」を記入。なお、空欄は「×」と取扱います。

特定健診と特定保健指導（動機付け・積極的）すべてを受託している施設は右記にも必ずご記入ください。

【集合契約Ａ②】（健診当日初回面接実施）

契約する	契約しない

※注　特定健診と特定保健指導（動機付け・積極的）の全てを受託していないのに「契約する」に「○」がある場合は無効とします。

※注　健診から保健指導の初回面接から実績評価まで一貫して受託できること。

●特定健康診査を受託する施設は、全国建設工事業国民健康保険組合に限り、特定健診に加え、人間ドック業務の受託が可能です。

人間ドックの受諾

※注　受託する場合「○」、受託しない場合「×」を記入。
なお、空欄は「×」と取扱います。

※注　保険者負担上限額を基本項目単価と同額7,020円とし、7,020円を超える部分は人間ドック実施当日、受診者の個人負担となります。特定健康診査の基本項目のみXML形式でデータに変換し、国民健康保険団体連合会へ提出することとなります。