**令和6年度全国健康保険協会管掌健康保険**

別添１

**生活習慣病予防健診実施機関契約更新意向確認書**

全国健康保険協会北海道支部

**［1］契約更新意向確認について（どちらかに○をおつけください）**

契約更新を

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1.希望する | →［2］をご記入ください |
|  | 2.希望しない | →［3］をご記入ください |

**［2］契約事務等連絡調整担当者の登録について**

契約更新を「1.希望する」場合、今後の契約事務等について、協会けんぽとの連絡調整役となる貴機関担当者の登録をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 健診機関名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 部署名（役職） |  |
| 連絡先（電話） |  |

**［3］契約更新を希望しない理由について**

契約更新を「2.希望しない」場合のみ、以下を記載してください。

希望しない理由〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

以上の理由により、生活習慣病予防健診等委託について契約更新を希望しません。

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会　北海道支部支部長　殿

健診機関名：

所　在　地：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（作成担当者：　　　　　　　　　　　　）