

全国健康保険協会管掌健康保険
生活習慣病予防健診実施機関委託契約申請書

名 称			
所 在 地			
電 話 番 号		F A X 番 号	
開 設 者 名 管 理 者 名		担 当 者 氏 名	
開 設 年 月 日		社 会 保 険 の 記 号	
保 険 医 療 機 関 指 定 年 月 日		健 診 機 関 コー ド	
診 療 科 目			
健 診 セ ン タ ー の 有 無	有 ・ 無		
巡 回 健 診 の 実 施 の 有 無	有 ・ 無		

※様式1の電話番号およびFAX番号につきましては、健診受付に使用される番号を記載
していただくよう、お願いいたします。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
全国健康保険協会千葉支部長 様

医療機関の名称
所在地及び
開設者氏名

印