

令和 年 月 日

全国健康保険協会奈良支部
支部長 藪内 章良 殿

全国健康保険協会管掌健康保険特定健康診査個別委託契約申請書

標記について、令和 8 年度被扶養者の特定健康診査に係る個別契約機関の募集に係る募集要項に基づき、厚生労働省が定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たしていますので、全国健康保険協会管掌健康保険特定健康診査個別委託契約を申請します。

住 所

施 設 名

代表者名

令和 年 月 日

見 積 書

全国健康保険協会 奈良支部長 宛

印

特定健診等（個別契約） (消費税込)

健 診 区 分		1 人当たり委託料単価（円）
基本的な健診の項目		
詳細な健診の項目 （医師の判断に よる追加項目）	貧血検査	
	心電図	
	眼底検査	
	血清クレアチニン検査 及びeGFR	

●ミニドックを実施する場合

本人の自己負担総額 円（税込）

（特定健診の自己負担額＋ミニドック費用）

※新規または昨年度から継続してミニドックを実施する場合に記載してください。

提出期限 令和 8 年 1 月 19 日（月）

ご協力をお願いします。

令和 年 月 日

再委託に係る確認書

全国健康保険協会奈良支部長 殿

下記案件の募集要項に記載のある、厚生労働省が定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、再委託が可能な業務について、下記のとおり再委託承認申請の有無を事前に報告します。なお、委託契約決定後に再委託の申請をする場合には、再委託承認申請書を提出します。

案件名

令和 8 年度 被扶養者の特定健康診査に係る個別契約業務委託

(1) 再委託承認申請の有無

☐有 ☐無

(2) 再委託承認申請をする予定の業務内容

※(1)で「有」を回答した場合にチェックしてください。

※募集要項に記載した再委託できる業務の範囲を記載すること。

☐ 業務

☐ 業務

☐ 業務

住 所

法人名又は商号

代 表 者 名

印