

令和6年度 健診機関から要治療対象者への受診勧奨業務委託  
受託申請書

令和 年 月 日

全国健康保険協会 鳥取支部長 殿

申請者

所在地

健診機関名

代表者氏名

印

全国健康保険協会鳥取支部が実施する要治療対象者への受診勧奨業務委託を受託したいので、下記提出書類を添えて申請いたします。

記

1. 従事者名簿（様式2）

2. 見積書（様式3）

「実施予定（見込）人数」について、昨年度の対象者数を参考にされたい場合は、提出前に鳥取支部までお問い合わせください。

3. 再委託に関する承認申請書（様式4）

（再委託を行う場合のみ添付。また、再委託を行う際は、契約締結後、再委託先との契約書の写しを提出していただきます。詳細は仕様書「14. 第三者への委託」をご確認ください。）

以上

令和6年度 健診機関から要治療対象者への受診勧奨業務委託

従事者名簿

職務	役職・職種	氏名
統括管理責任者		
部署管理者		
業務実施者		
業務実施者		
業務実施者		
業務実施者		
業務実施者		

他、職務を立てている場合は空欄に追加記入してください。

欄が足りない場合はコピーでご対応いただくか、任意の様式にて追加記入してください。

要治療対象者への受診勧奨に関する業務の従事者について、上記のとおり届け出いたします。

令和 年 月 日

全国健康保険協会 鳥取支部長 殿

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

見積No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 見積書

全国健康保険協会 鳥取支部長 殿

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

見積件名：令和6年度 健診機関から要治療対象者への受診勧奨業務委託  
全国健康保険協会が実施する要治療者への受診勧奨に関する委託業務について、下記のとおり見積りいたします。

### 記

区分	1人当たり委託料単価※ (税抜)	実施予定(見込)人数 (契約予定数量として契約書に 記載する必要があるため必須)	請求の条件
要治療者への 勧奨業務 (上限税抜1,000円)	円	人	健診結果に受診勧奨の案内を同封。健診日の概ね1か月後、対象者へ受診状況の確認。未受診の場合は受診勧奨を実施
成功報酬 (上限税抜2,000円)	円	人	健診受診日から3か月以内のレセプトを確認した成功報酬

※委託料単価には、交通費、通信費、消耗品代、仕様書等で定めた報告書を作成するための経費、システム開発経費、その他事務経費を含む。

※小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入切り上げにより1円単位とする。

令和 年 月 日

## 再委託に関する承認申請書

全国健康保険協会鳥取支部長 殿

私は、やむを得ない事情により本委託業務の主体的部分を除く一部について第三者である再委託先に請け負わせたく、下記のとおり再委託先の詳細を示します。

なお、承認を受けた場合には、速やかに再委託先と本契約にて私に課せられている守秘義務等と同等以上の条件及び必要に応じて委託元が自ら、再委託先に対して調査等を行える条件が含まれた契約を締結することとし、その契約書の写しについて提示の要求があった場合は、速やかにこれを提示します。

また、再委託先に請け負わせた本委託業務における管理責任、事故等の報告義務等については、私が負うこととします。

契約件名：令和6年度 健診機関から要治療対象者への受診勧奨業務委託

### 記

#### 再委託先の詳細

名称	
所在地	
連絡先	
委託する業務の範囲	
再委託の合理性、必要性	
履行能力及び報告徴収	
個人情報の管理	
運営管理の方法	

※記入欄が不足する場合は、添付書類○号参照と記載し、添付書類の右上部に番号を付し添付すること。

上記のとおり承認していただきたく申請いたします。

所在地  
会社名  
代表者名

印