様式１

令和　　年　　月　　日

受託申請書

（実施期間：令和７年 11 月～令和８年３月）

全国健康保険協会　鳥取支部長　殿

住　　所：
機 関 名：
代表者名：

令和７年度特定健康診査業務委託
特定健康診査（消費税込）検査費用額

区分	検査費用額	保険者が負担する １人当たりの上限額
基本項目	円	7,150 円
貧血	円	3,400 円
心電図	円	
眼底	円	
血清クレアチニン 検査及び eGFR	円	

※全国健康保険協会と関係団体との間で締結済みの集合契約もしくは個別契約と同一の金額とする。

様式１

令和７年度オプション健診業務委託

オプション健診（消費税込）検査費用額

項目	検査費用額	保険者が負担する １人当たりの上限額
骨粗鬆症検診	円 （　　法）	・DXA 法（腰椎撮影）：3,600 円 ※大腿骨撮影同時実施の場合は 4,500 円を上限とする ・MD 法、CXD 法、DIP 法、SXA 法、pQCT 法、REMS 法：1,400 円 ・超音波法：800 円
歯科検診	円	4,000 円
眼底検査	円(片眼) 円(両眼)	792 円(片眼) 1,232 円(両眼)

・実施しない項目については、斜線を記入すること。

特定健診及びオプション健診実施計画

日時・場所・実施可能人数

実施日	会場名 所在地	実施可能人数
		名
		名
		名
		名
		名
		名

・実施計画は別紙での提出も可能とする。

以上、仕様書に基づき、申請いたします。

様式2

令和7年度　オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託　業務完了報告書

本業務を完了しましたので、以下のとおり報告します。

実施日	実施場所（施設名）	申込件数	特定健診実施件数	オプション健診実施件数（骨粗鬆症）	オプション健診実施件数（歯科検診）	オプション健診実施件数（眼底検査）
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
／		件	件	件	件	件
合計件数		件	件	件	件	件

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　殿

所　在　地
実施機関名
代　表　者　　㊞

様式3

令和7年度オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託

事務分掌届出書

総括管理責任者：職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部 署 管 理 者：職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

点 検 管 理 者：職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現 場 責 任 者：職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現場責任者補助者：職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名	職名（資格）	氏名	職名（資格）

事故発生時の連絡体制

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　殿

所　在　地
実施機関名
代　表　者　　㊞

様式4

令和7年度 オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託

作業場等届出書

<table>
<tr><td>届出者</td><td colspan="2">㊞</td><td>所在地</td><td colspan="2">（TEL　　）</td><td>担当者</td><td colspan="2">（TEL　　）</td></tr>
<tr><td>事由</td><td colspan="2">１．新規　２．変更</td><td>変更の場合</td><td colspan="5">変更の事由　１．移転　２．増改築　３．その他（　　）</td></tr>
<tr><td>作業場</td><td colspan="2"></td><td>所在地</td><td colspan="2">（TEL　　）</td><td>責任者</td><td colspan="2">（TEL　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保存場所</td><td></td><td>場所</td><td>構造</td><td>面積</td><td>施錠等の責任者</td><td colspan="3">火災、盗難に対する設備</td></tr>
<tr><td>データ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>書類</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">個人情報取り扱い時における外部インターネット環境との接続</td><td colspan="5">☐ 接続なし　（必ずチェック☑してください）</td></tr>
<tr><td rowspan="9">※データの搬送</td><td rowspan="4">自社</td><td>搬送車両</td><td>台数</td><td>台</td><td>車種</td><td></td><td>形式</td><td></td></tr>
<tr><td>搬送範囲</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>搬送方法（容器等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>搬送経路</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">外部委託</td><td>委託業者名</td><td colspan="2"></td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>委託業者名</td><td colspan="2"></td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>搬送範囲</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>搬送方法（容器等）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>搬送経路</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

※該当する場合のみ記入

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　殿

所　在　地
実施機関名
代　表　者　　㊞

（様式５）

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
事業所名
代表者名　　印

再委託承認申請書

令和 7 年度オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託係る業務の再委託について、下記のとおり申請します。

記

再委託先の氏名又は名称	
再委託先の法人番号（13 桁）	
再委託先の住所	
再委託先が業務を行う期間	
再委託する金額	
再委託費率（契約金額に占める再委託費の割合）	
再委託する合理性、必要性	
再委託先に委託する業務の範囲	
再委託する相手方が、委託される業務を履行する能力に関する事項	
個人情報を取り扱う業務にあっては個人情報の管理、その他運営管理の方法等の詳細	
その他必要と認められる事項	

※記載にあたっては、裏面の注意事項を参照すること。

（注意事項）
・再委託先が複数ある場合には、再委託先ごとに本申請書を提出すること。
・「再委託先に委託する業務の範囲」については、仕様書等に記載された再委託ができる業務を記載すること。
・仕様書等に記載された再委託ができる業務のうち、追加で再委託する業務が発生する場合は、本申請書を提出すること。
・「再委託する相手方が、委託される業務を履行する能力に関する事項」については、再委託の相手方の履行体制、資格者の数、使用する機器、同種の業務の履行実績等について記載すること。
・申請の際は、履行体制図を作成し添付すること。
・個人情報を取扱う場合は、次の書類を添付すること。（再委託先に変更がない場合には再提出は不要。）
　ⅰ委託先と再委託先間の契約書の写し
　ⅱ再委託先の個人情報保護に関する規程及びセキュリティに関する規程
　ⅲ仕様書で求めている再委託先の認証等の写し（プライバシーマーク等）
・申請内容に関する参考資料等があれば添付すること。なお、申請内容に関し説明又は追加資料の提出を求める場合がある。

様式６

特定健診（集団健診）の実施に伴う申込者データ受渡票

通番	内容	収録件数	媒体種別	媒体枚数
001				
002				
003				
004				
005				
006				
007				
008				

	受領ルート（協会→健診機関）			返却ルート（健診機関→協会）		
	日付	氏名	印	日付	氏名	印
全国健康保険協会						

※業務終了後、上記必要事項ご記入および押印の上、受渡票・CD－Rをご返却ください。

様式7

データ複写・複製等　承認申請書

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　様

（所在地）
（名　称）
（代表者）　　㊞

全国健康保険協会鳥取支部における「令和7年度オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託」を実施するにあたり、業務に係る個人情報を複写・複製する必要があるので、下記のとおり申請します。

記

複写・複製が必要な理由	
複写・複製する項目と件数	
複写・複製する方法	
複写・複製する部署	
廃棄・削除サイクル等	

様式８

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　様

住所

名称

代表者名　　印

複写複製データ廃棄報告書

令和7年度オプション健診を付加した特定健康診査等業務委託にあたり、入手した情報、作成した電子データ、全国健康保険協会鳥取支部の承認を得て作成した複写複製物等について、復元または判読等が不可能な方法により、当該情報の消去または廃棄等を行いましたので報告します。

データ消去者:　　印

立会人:　　印

（様式９）

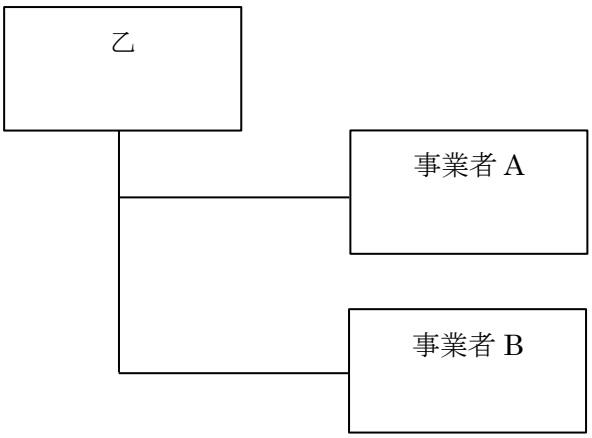
令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会鳥取支部長　殿

（申請者）
所　在　地
会　社　名
代表者氏名

履行体制図届書

令和７年度オプション健診を付加した
特定健康診査等業務委託

事業者名	住所	業務の範囲

【業務の役割分担】