

<令和8年度禁煙外来を有する健診機関による健診当日の禁煙支援業務委託被保険者別実施報告書>

※請求スケジュール等については仕様書を必ずご確認ください

※水色のセルのみ入力してください。

健診機関名

※15名以上報告する場合は行を挿入してご使用ください。

項番	実施日	都道府県支部 コード	記号	番号	対象者氏名	フリガナ	性別	生年月日	禁煙支援実施 した医師氏名	アンケート 未回収理由
(例)	令和8年8月1日	27	15151515	1	協会 太郎	キョウカイトロウ	男	S50.10.1	大阪 花子	拒否
1		27								
2		27								
3		27								
4		27								
5		27								
6		27								
7		27								
8		27								
9		27								
10		27								
11		27								
12		27								
13		27								
14		27								
15		27								
請求人数 (人)							0			
合計金額 (請求金額・税込み)							¥0			
※1 健診当日に禁煙支援を完了させること										

人間ドック健診・生活習慣病予防健診受診者数	
禁煙支援対象者基準該当者数	
禁煙支援実施数	0
禁煙支援後の禁煙外来受診者数 (把握できた場合のみ令和8年8月からの累計で記入)	