

見積No. _____

平成 年 月 日

見 積 書

全国健康保険協会 支部長 殿

所在地 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ (印)

見積件名：特定保健指導業務委託

全国健康保険協会が実施する特定保健指導について、下記のとおり見積りいたします。

記

支援区分	1人当たり委託料単価 (消費税含む) ※1	請求の条件 ※2
動機づけ支援	円	初回時の面接による支援終了後に委託料単価の 8/10 を請求し、残額の 2/10 は実績評価終了後に請求。
積極的支援	円	初回時の面接による支援終了後に委託料単価の 4/10 を請求し、残額の 6/10 (内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が 5/10、実績評価が 1/10) は実績評価終了後に請求。 なお、3ヶ月以上の継続的な支援実施中に脱落等により終了した場合は、委託料単価の 5/10 に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を請求。 ※3 ただし、実施済みポイントが 180 を超えている場合は 5/10 全額を請求。

※1 委託料単価には、交通費、通信費、消耗品代、仕様書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。

※2 特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入により1円単位とする。

※3 継続的支援の期間が3ヶ月未満の場合も実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払う。