

様式 1

要治療者への受診勧奨に関する業務受託申請書

令和 年 月 日

全国健康保険協会岡山支部長 殿

所在地 _____

申請者 事業者名 _____

代表者氏名 _____ (印)

全国健康保険協会岡山支部が実施する要治療者への受診勧奨に関する業務を受託したので、下記提出書類を添えて申請いたします。

記

1. 要治療者への受診勧奨に関する業務従事者名簿（様式2）
2. 要治療者への受診勧奨に関する業務見積書（様式3）

要治療者への受診勧奨に関する委託業務従事者名簿

職務	役職・職種	氏名
現場責任者		
現場責任者（補助者）		
業務委託員		
総括管理責任者		
部署管理者		
点検管理者		

- ・業務委託員…健診機関の従業員で本業務に従事する者
- ・総括管理責任者…個人情報の安全管理に係る業務遂行の総責任者
- ・部署管理者…個人情報の取り扱いを行う部署における管理者
- ・点検管理者…個人情報の取り扱い状況の点検計画を策定する管理者

要治療者への受診勧奨に関する委託業務の従事者について、上記のとおり届出いたします。

令和 年 月 日

全国健康保険協会岡山支部長 様

所 在 地
医療機関名
代 表 者 名



見積No. _____

令和 年 月 日

見 積 書

全国健康保険協会 岡山支部長 殿

所在地 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ (印)

見積件名：要治療者への受診勧奨に関する委託業務
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 (上限税抜 1,000 円) ※	実施予定 (見込) 人数	請求の条件
要治療者への 受診勧奨業務	円		健診 1 か月後の受診状況の確認と未 受診の場合は受診勧奨を実施

※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。
※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。