

再委託承認申請書

平成 年 月 日

全国健康保険協会大阪支部長

	所在地	
申請者	健診機関名	
	代表者氏名	印

全国健康保険協会生活習慣病予防健診実施要綱 4 (2) に基づき、検体検査を再委託にて実施することを、関係書類を添えて申請します。

なお、下記の再委託先については、生活習慣病予防健診実施要綱及び生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領の規定に則り、適切に検査を実施することができる機関であることを確認しております。また、再委託後においては、再委託先の履行状況の報告を行うとともに、全国健康保険協会大阪支部に対し、再委託する業務について責任を負います。

記

1	再委託をする検査	検体検査
2	再委託先機関情報	名称
3		所在地
4		電話番号
5		検査所要日数

【提出書類】

- 再委託先機関との契約書 (案) ※
- 再委託先機関の外部精度管理調査結果

※ 再委託先機関との契約書には、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診等委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」を遵守することが明記されている必要があります。

再委託承認申請書

全国健康保険協会大阪支部長

	所在地
申請者	健診機関名
	代表者氏名 印

全国健康保険協会生活習慣病予防健診実施要綱 4 (2) に基づき、胃内視鏡検査を再委託にて実施することを、関係書類を添えて申請します。

なお、下記の再委託先については、生活習慣病予防健診実施要綱及び生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領の規定に則り、適切に検査を実施することができる機関であることを確認しております。また、再委託後においては、再委託先の履行状況の報告を行うとともに、全国健康保険協会大阪支部に対し、再委託する業務について責任を負います。

記

1	再委託をする検査	胃内視鏡検査		
2	再委託先機関情報	名称		
3		所在地	〒	
4		電話番号		
5		担当医師 ^{※1}	氏名	氏名
6		一日の実施可能人数/検査実施日	(実施可能人数)	(検査実施日 ^{※2})
7	6のうち健診による実施可能人数/検査実施日	(健診による実施可能人数)	(検査実施日 ^{※2})	

※1 胃内視鏡検査を実施する全ての医師を記載してください。

※2 検査実施可能な曜日・時間帯を記載してください。

【提出書類】

○ 再委託先機関との契約書 (案) ※

※ 再委託先機関との契約書には、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診等委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」を遵守することが明記されている必要があります。

再委託承認申請書

平成 年 月 日

全国健康保険協会大阪支部長

所在地

申請者 健診機関名

代表者氏名

印

全国健康保険協会生活習慣病予防健診実施要綱 4 (2) に基づき、乳がん検診を再委託にて実施することを、関係書類を添えて申請します。

なお、下記の再委託先については、生活習慣病予防健診実施要綱及び生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領の規定に則り、適切に検査を実施することができる機関であることを確認しております。また、再委託後においては、再委託先の履行状況の報告を行うとともに、全国健康保険協会大阪支部に対し、再委託する業務について責任を負います。

記

1	再委託をする検査	乳がん検診	
2	名称		
3	所在地	〒	
4	電話番号		
5	再委託先機関情報	担当（読影）医師 ^{※1} 氏名	
6		担当放射線技師 ^{※1} 氏名	
7	一日の実施可能人数/検査実施日	(実施可能人数)	(検査実施日 ^{※2})
8	7のうち健診による実施可能人数/検査実施日	(健診による実施可能人数)	(検査実施日 ^{※2})

※1 乳がん検診を実施する全ての（読影）医師、放射線技師を記載してください。

※2 検査実施可能な曜日・時間帯を記載してください。

【提出書類】

○ 再委託先機関との契約書（案）※

※ 再委託先機関との契約書には、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診等委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」を遵守することが明記されている必要があります。

再委託承認申請書

全国健康保険協会大阪支部長

	所在地
申請者	健診機関名
	代表者氏名
	印

全国健康保険協会生活習慣病予防健診実施要綱 4 (2) に基づき、子宮頸がん検診を再委託にて実施することを、関係書類を添えて申請します。

なお、下記の再委託先については、生活習慣病予防健診実施要綱及び生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領の規定に則り、適切に検査を実施することができる機関であることを確認しております。また、再委託後においては、再委託先の履行状況の報告を行うとともに、全国健康保険協会大阪支部に対し、再委託する業務について責任を負います。

記

1	再委託をする検査	子宮頸がん検診			
2	再委託先機関情報	名称			
3		所在地	〒		
4		電話番号			
5		担当医師 ^{※1}	氏名		
6		担当臨床検査技師 ^{※1}	氏名		
7		一日の実施可能人数/検査実施日	(実施可能人数)		(検査実施日 ^{※2})
8		7のうち健診による実施可能人数/検査実施日	(健診による実施可能人数)		(検査実施日 ^{※2})

※1 子宮頸がん検診を実施する全ての医師、臨床検査技師を記載してください。

※2 検査実施可能な曜日・時間帯を記載してください。

【提出書類】

○ 再委託先機関との契約書 (案) ※

※ 再委託先機関との契約書には、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診等委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」を遵守することが明記されている必要があります。

再委託承認申請書

平成 年 月 日

全国健康保険協会大阪支部長

	所在地
申請者	健診機関名
	代表者氏名 印

全国健康保険協会生活習慣病予防健診実施要綱 4 (2) に基づき、眼底検査を再委託にて実施することを、関係書類を添えて申請します。

なお、下記の再委託先については、生活習慣病予防健診実施要綱及び生活習慣病予防健診・肝炎ウイルス検査事務処理要領の規定に則り、適切に検査を実施することができる機関であることを確認しております。また、再委託後においては、再委託先の履行状況の報告を行うとともに、全国健康保険協会大阪支部に対し、再委託する業務について責任を負います。

記

1	再委託をする検査	眼底検査		
2	再委託先機関情報	名称		
3		所在地	〒	
4		電話番号		
5		担当医師	氏名	

【提出書類】

○ 再部委託先機関との契約書 (案) ※

※ 再委託先機関との契約書には、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診等委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」を遵守することが明記されている必要があります。