**様式７（新規）**

全国健康保険協会

被保険者に対する特定保健指導受託業務実施方法確認書

令和　　年　　月　　日

全国健康保険協会　東京支部長　殿

所在地

実施機関名

　　　　　　 　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　（担当者氏名　　　　　　　　　　　）

全国健康保険協会の実施する特定保健指導業務について、令和４年度初回面談実施方法は下記のとおりです。

記

　優先順位　　　　　　　　　初回面談目標件数

（　　）　当日一括・・・（　　　　件）

（　　）　当日分割・・・（　　　　件）

（　　）　訪問　　・・・（　　　　件）

（　　）　遠隔　　・・・（　　　　件）

（　　）　後日　　・・・（　　　　件）

※実施しない方法には「×」をつけてください。

以上