別紙8

年　　月　　日

△△△△△様
（生活習慣病予防健診実施機関）

全国健康保険協会●●支部
支部長　●●　　㊞

再委託不承認通知書

〇年〇月〇日付に申請された全国健康保険協会生活習慣病予防健診委託業務の再委託について、以下の理由により不承認とします。

再委託業務の内容	◆◆◆◆◆◆
再委託先機関の名称	□□□□□□□
不承認の理由	