**健診機関名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　]**

●→全健診機関提出

●→該当の健診機関のみ提出

**記入担当者名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**ご連絡先 [　☎　( ) - ]**

**送付書類チェック一覧**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出書類 |  |  |
| ご提出いただく書類のチェック欄に🗹の上、この用紙を添えてご提出ください。 | チェック欄 |
| **（提出の際のコピーは、すべてＡ４サイズ・両面コピーでお願いします）** |  |  |
|  |  |  |
| ●令和３年度　生活習慣病予防健診選定基準等に関する**調査書** |  | □ |
| ※調査項目2～7、17において再委託先が複数ある場合は、同項目をコピーするか別紙にて記載して下さい。 |  |
| ●**様式1** 生活習慣病予防健診機関従事者名簿 | □ |
| ●**様式2** 検査値による指導区分の基準範囲 |  | □ |
| ●**様式3**健診部門と一般患者の区分の状況 |  | □ |
| ●**様式4** 検査順序 |  | □ |
|  |  |  |
| ●**様式5 見積書**（令和３年度健診費用） |  | □ |
| ●**様式6-１～5 再委託承認申請書** と**再委託契約書（写）**　　　　　　　　　　　　　　　　検体検査 | □ |
| ***※令和３年度に新規に再委託する場合や再委託先が変更になる場合のみ。***　　　　　　　　　　胃内視鏡検査　　　　　　 　　　　　　　　　 | □ |
| ※同じ検査で再委託先が複数ある場合は、コピーしてご使用ください。 　　　　　　　　　　 　　　乳がん検診 　　　　　　　　　 | □ |
| 　　　　　　　　　　　 　子宮頸がん検診 | □ |
| 眼底検査 | □ |
| ●検体検査の外部精度管理の**令和２年度（2020年度）評価評点一覧表（写）** |  |
| ※外部委託の場合は、委託先よりお取り寄せください。 （後日提出：　　　月　　　日頃提出） |  | □ |
|  |  |
| ●マンモグラフィの外部精度管理の**施設画像評価（写）または臨床画像評価票（写）** |  |  |
| ※外部委託の場合は、委託先よりお取り寄せください。　　　 （後日提出：　　　月　　　日頃提出） |  | □ |
|  |  |
| ●乳房X線撮影を行う技師の認定証・評価票（写）（日本乳がん精度管理中央機構などの発行したもの。　　・複数名の場合は全員分） |  |  |
| ※外部委託の場合は、委託先よりお取り寄せください。 　 （後日提出：　　　月　　　日頃提出） |  | □ |
|  |  |
| ●**社会保険料領収証書（写）**若しくは**保険料納入告知額・領収済額通知書（写）**直近12か月分　　※2～3ヶ月分をまとめてＡ４用紙に縮小して両面でコピーして下さい。 |  | □ |

協会けんぽ福岡支部受付印