

委任状

令和 年 月 日

委任者（甲） 医療機関名

開設者名

受任者（乙） 公益社団法人 鳥取県医師会長 渡辺 憲

甲は、令和3年度に被用者保険の被扶養者の特定健診・特定保健指導を実施するにあたり乙が定めた内容を了承し、乙が被用者保険の委託元保険者を代表して警察共済組合鳥取県支部との間に契約することを乙に委任します。

なお、甲の特定健診等に関する機関情報は以下のとおりです。

各項目に「記載又はレ印」でご回答ください。

項目	内容
1. 健診・保健指導機関番号	
2. 医療機関名	
3. 所在地 郵便番号 住所 電話番号 ()
4. 特定健診 (1) 基本的検査項目 ⇒	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
(2) 詳細な検査項目 ⇒	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない  <input type="checkbox"/> 全て自院で実施する <input type="checkbox"/> 一部専門医へ委託する ※「一部専門医へ委託する」とご回答の場合、委託する項目に○印をしてください。 ⇒ (貧血 ・ 心電図 ・ 眼底 ・ クレアチニン)
5. 特定保健指導 (1) 動機付け支援 ⇒	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
(2) 積極的支援 ⇒	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
健診当日初回面接 ※1	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない

※1 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」の受託を行う実施機関のみとなります。