

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5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、乙が鳥取県内の被用者保険の委託元保険者を代表する「鳥取県市町村職員共済組合」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	3 1 1
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 ⇒	☐ 実施する ☐ 実施しない
(2) 詳細な検査項目 ⇒	☐ 実施する ☐ 実施しない ☐ 全て自院で実施する ☐ 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 ⇒	☐ 実施する ☐ 実施しない
(2) 積極的支援 ⇒	☐ 実施する ☐ 実施しない
健診当日初回面接 ※1	☐ 実施する ☐ 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。