

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 清 水 正 人

甲は、令和7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「健康保険組合連合会鳥取連合会」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
6. 適格請求書発行事業者登録	あ り な し 「あり」に○をされた場合は以下の項目もご回答下さい。

登録番号	
登録年月日 ※2	令和 年 月 日
取消年月日 ※3	令和 年 月 日
7. オンライン資格確認による受付の可否 ※4	可 不可

※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。

※2 適格請求書発行事業者の登録通知書に記載された登録年月日を記入してください。

※3 第3号様式（適格請求書発行事業者の登録の取消しを求める旨の届出書）の「登録の効力を失う日」がある場合、記入してください。

※4 受診者が契約相手先の保険者の加入者であるか否かを判別する際に、オンライン資格確認（既存システムか、資格確認限定型かを問わない）による受診券・利用券に記載の保険資格の確認が可能な場合は「可」に○、不可能な場合は「不可」に○を記入してください。

【鳥取県医師会】 〒680-8585 鳥取市戎町 317 FAX 0857-29-1578