

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、現に治療中の者の血液検査等の結果について、特定健診の検査項目を有する場合は、本人に同意を得たうえで、鳥取県国民健康保険団体連合会を通じて市町村国保等保険者、及び鳥取県後期高齢者医療広域連合に情報提供を行う「みなし健診」事業の実施にあたり、定められた内容を了承し、乙が市町村国保等保険者、鳥取県後期高齢者医療広域連合を代表して鳥取県国民健康保険団体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。

項目	内容
1. 健診・保健指導機関番号	(特定健診未実施医療機関は空白で構いません)
2. 医療機関名	
3. 所在地	
郵便番号
住所
電話番号 ()