

令和 年 月 日

委任状（令和7年度特定健診等集合契約）

(委任者)

①健診・保健指導機関番号	
②実施機関名	
③郵便番号	
④住所	
⑤電話番号	
⑥FAX 番号	
⑦登録番号	
⑧登録年月日	
⑨取消年月日	
⑩オンライン資格確認による受付の可否	
⑪役職	
⑫氏名	
⑬記入担当者名	

※①～④は支払基金へ届け出ている内容と差異のないこと

※⑤、⑥は市外局番から省略せずに記入すること

※⑦適格請求書発行事業者である場合に登録番号を記入

※⑧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

※⑨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」を記入

※⑩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れない）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「○」を記入

※⑪、⑫は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

（法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること）

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として次の事項についての権限を委任致します。

下記に記入した業務範囲に限って、沖縄県医師会が集合契約を締結する各代表保険者並び

に市町村および沖縄県後期高齢者医療広域連合との、特定健康診査・健康診査および（または）特定保健指導の実施に関する令和7年度の集合契約を締結すること。

受託業務※1									
特定健康診査							特定保健指導		
実施形態※2		追加健診 ※3	貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン	動機付け 支援	積極的支援	健診当日 初回面接 ※5
集団健診	個別健診								
セ		○ 必須							

※1 受託業務の欄は、受託する項目に「○」を記入すること

※2 施設内に一般外来とは別に健診専用の受付がある場合は、「集団健診」の欄の「セ」に○を記入すること

※3 尿潜血、尿酸、血清クレアチニン、eGFRは、追加健診として必須となります。（市町村国保のみ）

※4 詳細な健診の欄は、自施設において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を、必ず記入すること（血清クレアチニンは被用者保険のみ）

※5 健診当日に初回面接の受託業務を行う場合、動機付け支援および積極的支援業務の両方の受託を行うこと

※6 特定健診の請求業務を外部に委託する施設は、委託先を以下に記入すること。

（代行機関）

請求事務代行機関名	
-----------	--

記

（契約とりまとめ団体）

沖縄県南風原町新川 218-9

一般社団法人 沖縄県医師会

会長 田名毅