

特定保健指導

終

組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

(様式第2号)

令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

〒 (-)

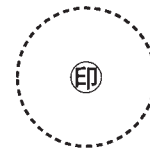
所在地

保健指導機関名

代表者名

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかがご確認ください。

特定保健指導実施報告書 (終了時)

特定保健指導について下記の通り実施いたしましたので報告します。

太枠内は全てご記入ください

該当する支援及び終了理由に☑を付けてください

支援内容	記号 - 番号	—	区分
<input type="checkbox"/> 動機付け支援	氏 名	健 診 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
<input type="checkbox"/> 動機付け支援相当			
<input type="checkbox"/> 積極的支援	氏 名	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 途中脱落 (理由:)		終 了 日	
終了時ポイント pt	組合使用欄	整理番号	

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預 金 別	普通 ・ 当 座
	フリガナ	銀行コード	店番	口 座 号	
	口座名義				口 座 号

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

- [注] 1. この報告書は、原則として終了日より20日以内に提出してください。
2. この報告書には、特定保健指導支援計画書又は、標準的なデータファイルに基づくXML形式データを添付してください。

保健指導機関様へのお願い

- ・ 特定保健指導の内容については、厚労省告示に沿ったものでお願いいたします。
- ・ この報告書には、必ず**特定保健指導支援計画及び実施報告書又は、標準的なデータファイルに基づくXML形式データを添付**してください。
特に様式の指定はありませんが、「標準的な健診・保健指導プログラム」の様式例の内容を網羅してある事が必要になります。
- ・ 委託金額については、「令和4年度特定保健指導委託要綱」のとおりとなります。
委託金額の範囲で収まるようお願いいたします。**(超過金額について、組合又は本人へ請求する事はできません。)**

東京都医業健康保険組合 施設課

TEL：03-3353-4311