

※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1号) 報告日：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、記入漏れが無いかご確認ください。

特定保健指導実施報告書（開始時）

特定保健指導について、下記のとおり実施しましたので報告します。

支 援 内 容	記号－番号	－		区 分
※ 該当する支援に☑をつけてください。 ☐ 動機付け支援 ☐ 動機付け支援相当 ☐ 積極的支援 ☐ 初回未完了	氏 名			☐ 本人
	健 診 日	令和 年 月 日		☐ 家族
	開 始 日	令和 年 月 日		※ 初回面接の分割実施をおこなった場合のみ2回目の日付を記入してください。
		※ 令和 年 月 日		
	※組合使用欄	整理番号		

費 用 振込銀行	金 融 機 関	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預 金 別	普 通 ・ 当 座
		銀行コード	店番		
	フリガナ				
	口座名義	口座番 号			

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに記入してください。)

※ この報告書は、開始日から20日以内に提出してください。
※ 「初回未完了」の場合は、1回目をおこなった日から3か月経過した日より20日以内に提出してください。
※ この報告書に、「特定保健指導支援計画及び実施報告書」または「標準的なデータファイルに基づくXML形式データ」を添付してご提出ください。

～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、厚生労働省告示に沿ったものでお願いします。
- ・ 報告書には、「**特定保健指導支援計画及び実施報告書**」または「**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。
※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いることが必要です。
- ・ **委託金額については、「令和7年度特定保健指導委託要綱」のとおりです。**
委託金額の範囲で収まるようお願いします。
※超過金額を当組合または本人へ請求することはできません。

東京都医業健康保険組合 健康推進課

TEL : 03-3353-4311 (代表)