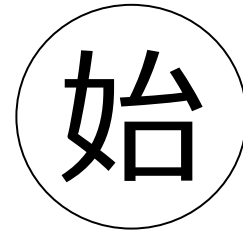


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(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

〒 (-)

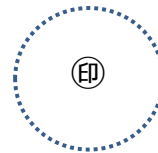
所在地

保健指導機関名

代表者名

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかがご確認ください。

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。 <input type="checkbox"/> 動機付け支援 <input type="checkbox"/> 動機付け支援相当 <input type="checkbox"/> 積極的支援 <input type="checkbox"/> 初回未完了	氏名		<input type="checkbox"/> 本人
	健診日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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)	預金種別	普通・当座
		銀行コード			
	フリガナ					口座番号	
	口座名義						

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに入力してください。)

- ※ 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6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いたします。
※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)