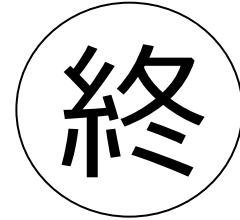


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(様式第2号)

報告日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長 殿

〒 (-)

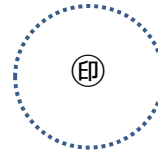
所在地

保健指導機関名

代表者名

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いことを確認してください。

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	
① 該当する支援に☑してください。 <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	氏名		<input type="checkbox"/> 本人	
	健診日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 家族	
	終了日	令和 年 月 日		
	積極的支援	第4期 特定保健指導		合計
② 終了理由に☑してください。 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 途中脱落 (理由:)	※第3期の特定保健指導は 合計ポイントのみ記入。	アウトカム評価	プロセス評価	
		p	p	p
		※組合使用欄	整理番号	

費用 振込銀行	金融機関 フリガナ 口座名義	銀行 金庫 信組 農協			本店(所) 支店(所)		預金種別 口座番号	普通・当座
		銀行コード	店番	...		

(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、終了日から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)