

実施機関一覧表

健診・保健 指導機関 番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ ハイフンあり)	所在地 ※1	電話番号 ※2 (半角数字・ ハイフンあり)	受託業務※3								登録番号 ※7 (適格請求書 発行事業者)	登録年月日 ※8	取消年月日 ※9	
					特定健康診査						特定保健指導					
					実施形態 ※4		詳細項目 ※5				動機 付け 支援	積極 的 支援				健診 当日 初回 面接 ※6
					集団 健診	個別 健診	貧血	心電 図	眼底	血清 ルビリン						
4611510266	愛甲医院	〒895-0076	鹿児島県薩摩川内市大小路町24-2	0996-23-6311	-	○	○	○	-	○	-	-	-			
4611511397	あおぞら内科クリ ニック	〒895-0012	鹿児島県薩摩川内市平 佐町4235-1	0996-22-6370	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T8340005008369	R5. 10. 1	
4611510340	有村医院	〒895-0041	鹿児島県薩摩川内市隈 之城町1476	0996-23-2609	-	○	○	○	-	○	-	-	-			
4611511462	ありむら糖尿病・甲状 腺・内科クリニック	〒895-0061	鹿児島県薩摩川内市御 陵下町23-7	0996-26-1100	-	○	○	○	-	○	-	-	-			
4611510712	今村クリニック	〒895-0065	鹿児島県薩摩川内市宮 内町2641	0996-23-4118	-	○	○	○	-	○	-	-	-			
4611511306	おやまクリニック	〒895-0067	鹿児島県薩摩川内市上 川内町3303-1	0996-22-1101	-	○	○	○	△	○	-	-	-	T4340005005568	R5. 10. 1	
4611510662	上小鶴外科・胃腸科	〒895-0061	鹿児島県薩摩川内市御 陵下町14-12	0996-23-2227	-	○	○	○	△	○	-	-	-	T9340005003393	R5. 10. 1	
4611511322	上村内科・神経内科	〒895-0061	鹿児島県薩摩川内市御 陵下町30-46	0996-23-7351	-	○	○	○	△	○	-	-	-	T5810004091131	R5. 10. 1	
4611510043	上村病院	〒895-0051	鹿児島県薩摩川内市東 開闢町9-22	0996-23-3185	-	○	○	○	○	○	-	-	-	T3340005003390	R5. 10. 1	
4611510480	川路クリニック	〒895-0012	鹿児島県薩摩川内市平 佐町1693-31	0996-25-4177	-	○	○	○	△	○	-	-	-			
4611511041	川原クリニック	〒895-0021	鹿児島県薩摩川内市向 田本町18-11	0996-23-7255	-	○	○	○	-	-	-	-	-			
4611510084	済生会川内病院	〒895-0074	鹿児島県薩摩川内市原 田町2-46	0996-23-5221	-	○	○	○	○	○	-	-	-	T3010405001696	R5. 10. 1	
4611511173	新門リハビリテー ションクリニック	〒895-0072	鹿児島県薩摩川内市中 郷1丁目7-6	0996-20-8222	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T3340005003226	R5. 10. 1	
4611511405	川内まきのせ泌尿 器・腎クリニック	〒895-0072	鹿児島県薩摩川内市中 郷4丁目7	0996-24-1177	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T9340005003724	R5. 10. 1	
4611510670	大海クリニック	〒895-0072	鹿児島県薩摩川内市中 郷3丁目65	0996-27-6700	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T8340005003543	R5. 10. 1	
4611511439	大海宮崎クリニック	〒895-0013	鹿児島県薩摩川内市宮 崎町3000	0996-20-1300	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T8340005003543	R5. 10. 1	
4611511314	高江記念病院	〒895-0005	鹿児島県薩摩川内市永 利町2504-1	0996-23-2100	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T5340005003389	R5. 10. 1	
4611511496	卓翔会記念病院	〒895-0011	鹿児島県薩摩川内市天 辰町1512	0996-29-5900	-	○	○	○	-	○	-	-	-	T6340005003479	R5. 10. 1	

健診・保健 指導機関 番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ ハイフンあり)	所在地 ※1	電話番号 ※2 (半角数字・ ハイフンあり)	受託業務※3									登録番号 ※7 (適格請求書 発行事業者)	登録年月日 ※8	取消年月日 ※9
					特定健康診査						特定保健指導					
					実施形態 ※4		詳細項目 ※5				動機 付け 支援	積極 的 支援	健診 当日 初回 面接 ※6			
					集団 健診	個別 健診	貧血	心電 図	眼底	血清 ケルチン						
4611510191	伊達病院	〒895-0052	鹿児島県薩摩川内市神田町4-25	0996-23-7171	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T2340005003391	R5. 10. 1	
4611511330	ときとうクリニック	〒895-0041	鹿児島県薩摩川内市隈之城町61-1	0996-29-3241	—	○	○	○	—	○	—	—	—			
4611510027	永井病院	〒895-0076	鹿児島県薩摩川内市大小路町21-5	0996-23-7181	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T8340005003403	R5. 10. 1	
4611510563	中山クリニック	〒895-0211	鹿児島県薩摩川内市高城町1602	0996-22-2115	—	○	○	○	△	○	—	—	—			
4611511363	虹クリニック	〒895-0006	鹿児島県薩摩川内市田崎町214-1	0996-24-2222	—	○	○	○	—	○	—	—	—			
4611510456	浜田医院	〒899-1921	鹿児島県薩摩川内市水引町7615-8	0996-26-2107	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T1340005003392	R5. 10. 1	
4611510597	ひがしクリニック	〒895-0031	鹿児島県薩摩川内市勝目町4110-16	0996-22-8282	—	○	○	○	△	○	—	—	—			
4611511421	久留医院	〒895-0026	鹿児島県薩摩川内市東向田町8-1	0996-23-2148	—	○	○	○	△	○	—	—	—			
4611510589	日高内科・内視鏡クリニック	〒895-0031	鹿児島県薩摩川内市勝目町5842-5	0996-20-1950	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T1340005003418	R5. 10. 1	
4611511025	ひらさ内科	〒895-0012	鹿児島県薩摩川内市平佐町3733-1	0996-22-6122	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T6340005003561	R5. 10. 1	
4611510571	福山内科	〒895-0027	鹿児島県薩摩川内市西向田町5-19	0996-23-4469	—	○	○	○	—	○	—	—	—			
4611510019	森園病院	〒895-0076	鹿児島県薩摩川内市大小路町19-38	0996-23-3125	—	○	○	○	—	○	—	—	—	T4340005003398	R5. 10. 1	
4611510324	森田内科医院	〒895-0076	鹿児島県薩摩川内市大小路町2191	0996-22-0559	—	○	○	○	—	○	—	—	—			
4611510308	山下医院	〒895-0025	鹿児島県薩摩川内市向田町995-1	0996-23-4355	—	○	○	○	△	○	—	—	—	T8340005003411	R5. 10. 1	
4611510423	若松記念病院	〒895-0052	鹿児島県薩摩川内市神田町11-20	0996-23-3291	—	○	○	○	○	○	—	—	—	T9340005003402	R5. 10. 1	

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。

※4 実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。

※5 詳細項目の欄については、当該実施機関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「△」を記入。

※6 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみとなる。

※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 第3号様式（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。

※7～9 保険者及び実施機関での協議に基づき必要な場合に記入。