

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 クレアチニン										
4611510787	薩摩川内市 里診療所	〒896-1101	鹿児島県薩摩川内市里町 里1922番地	09969-3-2023	-	○	○	○	-	△	-	-			
4611510811	薩摩川内市 上甕診療所	〒896-1201	鹿児島県薩摩川内市上甕 町中甕490番地1	09969-2-0010	-	○	○	○	-	△	-	-			
4611510738	薩摩川内市 鹿島診療所	〒896-1301	鹿児島県薩摩川内市鹿島 町藺牟田1530番地6	09969-4-2019	-	○	○	○	-	△	-	-			
4611510969	薩摩川内市 下甕長浜診療 所	〒896-1411	鹿児島県薩摩川内市下甕 町長浜8番地3	09969-5-0052	-	○	○	○	-	△	-	-			
4611510878	薩摩川内市 下甕手打診療 所	〒896-1601	鹿児島県薩摩川内市下甕 町手打956番地	09969-7-0031	-	○	○	○	-	△	-	-			

※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。