

【様式8】

(特-様式第4号)

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 廃 止 届

特定健診・特定保健指導機関の廃止について、下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

_____ 社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿

住 所

届出者

氏 名

㊞

廃 止 年 月 日 令和 年 月 日		機 関 の 種 別 <input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関													
①	特定健診・特定保健指導機関コード														
②	名 称														
③	所 在 地	郵便番号	—			電話番号	—			—					
廃止理由											* 整理印		* 受付印		
											登 録				
											確 認				

作成要領

- 1 届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から届け出願います。
- 2 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 3 「廃止理由」欄は、廃止となった理由を簡潔に記入してください。
- 4 *印欄は記入しないでください。