

(特一様式第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。

社会保険診療報酬支払基金 _____ 審査委員会事務局長 殿

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

廃止年月日		届出者	
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		住所	
		氏名	
① 特定健診・特定保健指導機関コード	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
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		

A 4 (210×297)

作 成 要 領

- 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。
- 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 「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。
- *印欄は記入しないでください。