

実施機関一覧表

健診機関番号 (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※5 (適格請求書発行事業者)	登録年月日※6	取消年月日※7	オンライン資格確認による受付の可否 ※8
					特定健康診査								
					実施形態	詳細項目※4							
						個別健診	貧血	心電図	眼底				
XXXXXXXX	〇〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	〇	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	〇△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇	〇	〇	〇	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	〇〇医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇	〇	〇	△	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	△〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	△	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	△△医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇	〇	〇	〇	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	△□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇	〇	〇	〇	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	□〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	△	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	□△診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇	〇	△	△	〇	XXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXX	□□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	△	△	〇	XXXXXXXXXXXX			

- ※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「〇」を記入。
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「〇」を記入。
- ※4 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「〇」、再委託により実施する項目に「△」を記入。
- ※5 適格請求書発行事業者である場合に登録番号を記入。
- ※6 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。
- ※7 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。
- ※5～7 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。
- ※8 受診者が契約相手先の保険者の加入者であるか否かを判別する際に、オンライン資格確認（既存システムか、資格確認限定型かを問わない）による受診券・利用券に記載の保険資格の確認が可能な場合は「〇」を記入。