【様式１】

（別記第３）

令和　　年　　月　　日

委　　任　　状

（委任者）　住所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

１　特定健康診査等の実施に関する集合契約を締結すること
　特定健康診査等の種類
　①高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査
　②後期高齢者医療制度被保険者の健康診査
　③健康増進法第１９条の２に基づく健康診査

２　特定健康診査等の結果の電子データ化に関する契約を締結すること

３　特定健康診査等の費用決済に関する契約を締結すること

記

（代理人）　住所：高知県高知市丸ノ内１－７－４５
　　総合あんしんセンター４階
　　氏名：一般社団法人高知県医師会
　　会長　野並　誠二

特定健康診査等実施機関番号（１０桁）	特定健康診査等実施機関名称
391	

郵便番号	所在地
－	高知県

電話番号（市外局番から記入）
－ －

インボイス登録事業所のみ記載	
登録番号	登録年月日
T	

実施形態（「特定健康診査等実施形態調査票」で該当する実施形態に〇を記入）	
集団健診（施設型）	個別健診

詳細項目実施方法（実施方法に〇を記入）							
血液検査				心電図検査		眼底検査	
貧血検査		クレアチニン検査					
自機関で実施	再委託による実施	自機関で実施	再委託による実施	自機関で実施	再委託による実施	自機関で実施	再委託による実施