

(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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機関 〇〇 審査委員会事務局 御中

届出者 住 所 東京都 港区 新橋 〇丁目〇番〇号
医療法人 基金会 基金病院
氏 名 理事長 基金 太郎

廃止年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日	
①	特定健診・特定保健指導機関コード	1 3 1 * * * * * *	機 関 の 種 別
		☒ ア 特定健診機関 ☒ イ 特定保健指導機関	
②	名 称	フカナキキンヒョウイン 基金病院	
③	所 在 地	郵便番号	〇 〇 〇 ー 〇 〇 〇 〇
		電話番号	〇 〇 ー 〇 〇 〇 〇 ー 〇 〇 〇 〇
		フカナトウキョウトミナトクシンハシ 東京都 港区 新橋 〇 ー 〇 ー 〇	
廃止理由 取扱い件数が少ないため。		* 整理印	
		登 録	
		確 認	
		* 受付印	

A 4 (210×297)

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。