

(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 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 島 根 支部長 殿

廃止年	月	日
令和 年	月	日

届出者 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	フリガナ											
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。