

様式 札幌市特定健診等眼底検査提携区分登録届出書

札幌市特定健診眼底検査提携区分登録届出書

令和 年 月 日

(あて先) 札幌市長

開設者 住所

氏名 (代表者)

札幌市国民健康保険特定健康診査業務の眼底検査について、

- ☐ ア 「提携医師により眼底検査を実施する」ことを届け出します。
- ☐ イ 「提携医師により眼底検査を実施する」から「自ら実施する」に変更しますので届け出します。

機関名称	(フリガナ) -----						
所在地	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> — <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
電話番号	— —						
担当者氏名							

【作成要領】

- この様式は、札幌市保健福祉局国保健康推進担当課あて送付してください。
- 眼底検査の請求単価について、提携有り区分単価で請求する場合には、
【☐ ア 「提携医師により眼底検査を実施する」ことを届け出します。】にチェックしてください。
(一度登録すると特定健康診査実施機関の登録の取り下げを行うまで有効です。)
- 提携有りで登録していた機関が、自ら実施に変更する場合には、
【☐ イ 「提携医師により眼底検査を実施する」から「自ら実施する」に変更しますので届け出します。】にチェックしてください。
- 「開設者」欄には、開設者の住所・氏名の記入及び開設者の押印をしてください。
なお、法人の場合は、代表者名を記入してください。
- 「機関名称」、「所在地」及び「電話番号」欄には、保険医療機関届で届けた記載内容を記入してください。