

(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 ○○ 支部長 殿

住 所 東京都 港区 新橋 ○丁目○番○号

届出者

氏 名 基金病院

印

廃 止 年 月 日
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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	<input checked="" type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input checked="" type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
②	名 称	基金病院			
③	所 在 地	郵便番号	○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○	電話番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○
		東京都 港区 新橋 ○ - ○ - ○			
廃止理由 取扱い件数が少ないため。				* 整理印	
				登 録	* 受付印
				確 認	

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します。
- 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。