特定保健指導集合契約Ｂの参加募集について

集合契約Ｂにかかる特定保健指導につきまして、契約をご希望される場合は、次の事項をご確認の上、届出様式を神奈川県保険者協議会（神奈川県国民健康保険団体連合会）まで、ご提出ください。

１　契約内容等

⑴　本ホームページに契約書、保険者一覧、実施機関一覧表等を掲載しておりますので、契約内容等をご確認ください。（保険者一覧、実施機関一覧表は随時更新をいたします。）

⑵　契約の委任状は、自動更新となりますので、委任状の提出後、翌年度以降の委任状は不要といたします。

⑶　その他、特定保健指導に係る情報は、厚生労働省及び中央６団体(日本人間ドック学会等)のホームページ等でご確認ください。

２　提出していただく書類等について

⑴　(届出様式 1)「特定保健指導委託契約委任状」

⑵　(届出様式 2)「特定保健指導委託契約内訳書」

⑶　書類の提出について

届出様式１と届出様式２をセットにして次の宛先にご郵送ください。

宛先　220-0003　神奈川県横浜市西区楠町 27-1

神奈川県国民健康保険団体連合会

企画事業部　保健事業課　保健事業係

特定保健指導集合契約Ｂ担当者

３　契約期間等

⑴　契約期間

契約を開始する年度の４月１日から、翌年３月 31 日まで

４　届出の変更又は契約を解除したい場合について

⑴　（届出様式３）「変更届」

⑵　（届出様式４）「解除届」

⑶　委任状の提出後、届出の内容に変更があった場合は届出様式３「変更届」を、本契約を解除する場合は届出様式４「解除届」を２-⑶の宛先にご郵送ください。

５　お問合せ先

神奈川県保険者協議会
神奈川県国民健康保険団体連合会
企画事業部　保健事業課　保健事業係
特定保健指導集合契約Ｂ担当者

電　話　045-329-3462
E-mail　hoken14-k@kanagawa.kokuho.or.jp