【集合契約委任状 WEB 申請入力手順】

<注意事項>

*登録にはメールアドレスが必要です。(今後学会から特定健診関連の一斉メールに使用します)

*1 度申請が完了しますと修正等はフォームからは出来ません。修正については事務局へご連絡ください。 *申請する前に画面印刷をして出力した書類を保存ください。入力内容の控えはメールにも送信されます。

①個人情報の取扱いの同意に図入れていただき、メールアドレスを入力する。

※こちらで入力したメールアドレスが今後当学会からの集合契約の連絡に使用します。

| | 特定健診・特定保健指導の集合契約 A (A①・A②) 「契約参加のための委任状」ご登録 | |
|--|--|--|
| | 回答期限:2025年2月3日(月) | |
| ■ ご入力いただいたメール | ルアドレスあてに、登録フォームのURLを記載したメールをお送りします。 | |
| メールのドメイン拒否語 ドメイン[syugokeiyaku | 設定等を行っている場合、メールが届かない場合がありますのでご注意ください。 ‹u@ningen-dock.jp]を受信できるよう、設定をしてください。 | |
| 個人情報の取扱いについ 1. 個人情報の利用目的 特定健診特定保健指導委 | いて 的 委託集合契約 A 委任状登録のため | |
| 2. 個人情報の提供 ご本人の同意を得ないて | で、個人情報を提供することはありません。 | |
| | □ 個人情報の取扱いに同意します。 | |
| メールアドレス | | |
| | 送信する | |

②入力したメールアドレスに登録フォーム URL の記載されたメールが届くので、そちらをクリックして、

以下のフォームにご入力ください。

※届かない場合は、メールアドレスをお間違えか、ドメイン指定などされているか、迷惑メールに入っている等が考えられます。 syugokeiyaku@ningen-dock.jp から受け取れるように変更ください。 ※1 度申請が完了しますと、2 度目はエラーが出ます。修正などで再提出したい場合は事務局にご連絡ください。

| 報 | 寺定健診・特定保健指導の集合契約 A(A①・A②) |
|---------------------------|---|
| | 「契約参加のための委任状」ご登録 |
| | 回答期限:2025年2月3日(月) |
| 「申請完了後、E-mail にて委任状申請内容が自 | 動返信されます。 |
| 完了通知メールをもって委任状の申請が完了 | したこととなります。 |
| ョ請機関登録画面 | |
| 入力必須 | |
| ョ請機関 | |
| 会員番号(半角英数字)* | |
| (整理番号) | 送付封筒の表面に記載された番号を入力して下さい。 |
| | Cで始まる4桁の数字あるいは3桁、6桁の数字 |
| 健診・保健指導機関番号 [*] | |
| ()/ / / / //=) | ※集合契約に新規で参加される施設も、番号入力後「確認」ボタンを押してください。 |

③続けて必須事項と受託内容、インボイス登録の有無についてご入力ください。

入力内容に不備等がある場合は、確認画面へのボタンを押した後にエラーの箇所に色がつきます。

| | 回答期限:20 |)25年2月3日() | 月) | | |
|---|---|--|--|-------------------------------|------------|
| ※機関番号を間違えた場合にはブ· | ラウザの戻るボタンで戻れます。 | | | | |
| 委任状人力画面 | | | | | |
| | 歴録番号(T+13桁)はTから始まる半角 人間ドックアドバイザーの人数を入力して 【集合A②】は【集合A①】が全て「受託す | 数字13桁で入力くた てください。 する」の場合のみ「! | ざさい 受託する」を選択できます | | |
| *入力必須 | | | | | |
| ①健診・保健指導機関番号 | 2812002430 | | | | |
| ②実施機関名* | 日本人間ドック・予防医療学会 |] | | | |
| ③郵便番号(半角英数)* 所在地(都道府県)* 所在地(市区町村番地)* ビル名(空欄でも可) | 102 - 0075 東京都 ・ 千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1F | | | | |
| ④電話番号(半角英数) [*] | 03 - 3265 - 0079 ※受診者が予約をするための電話番号 | 身を記載 | | | |
| 契約代表者の氏名* | 人間太郎 |] | | | |
| 契約代表者の役職* | 理事長 |] | | | |
| ※①~③は支払基金等へ届け出て ※他団体の集合契約Aに重複参加さ | いる内容と差異のないこと 5れる場合は、①~④と下記⑤⑥の受託募 | 第務に差異のないこ と | Ł | | |
| 入力担当者氏名* | 人間花子 |] | | | |
| 入力担当者部署 | 総務部 |] | | | |
| | | - 記 - | | | |
| 当機関は、下記の団体4 高齢者の医療の確保に 健康保険組合連合会お。 集合契約A(A①、A① | と契約とりまとめ団体として次の事項につ 関する法律に基づき実施する特定健康診査 よびその他の代表保険者との、特定健康計 ②)を締結すること。 | >いての権限を委任∪ 暫および特定保健指導 診査および(または) | いたします。 尊について、下記に記入した業務)特定保健指導の実施に関する令 | §範囲に限って、 ☆和7年度の | |
| 【集合A①】(後日の保健指導)* ⑤受託業務 いずれかを選択して 全て『受託する』の場合は、右欄 | ください。 #⑥も選択してください。 | • | 【集合A②】(健診当日初回面 ⑥健診当日に初回面接を実施 *左欄全て「受託する」の場合 | 面接実施) 動する契約 合のみ、受託が可能です | |
| 特定健康診查* | ●受託する ○受託しない | | ●受託する ○受託しない | | |
| 特定保健指導 動機付け支援 * | ○受託する ●受託しない | | ※健診から保健指導の初回面排 て受託できること | 妾、実績評価までに一貫し | |
| 積極的支援 [*] | ○受託する ◎受託しない | | | | |
| ※他団体の集合契約Aに重複参加す | 」 ドる場合は、受託業務に差異がでないこと | | | | |
| インボイス制度(適格請求書 | ■発行事業者の登録)について | | | | tt. 2.) - |
| ①登録申請について* | ●登録済 ○未登録 ○取消(登 | (録の取り下げ) | | (| 利にに |
| ②登録番号 (T+13桁) | T12345678910 | | | | 追加した項 |
| ③登録年月日(通知書に記載された登録年月日) | 2023/10/01 | | | \geq | \sim |
| ④取消年月日(登録取消届出書 にある登録の効力を失う日) | 年/月/日 🗂 | | | \downarrow | |
| オンライン資格確認システムによ | こる受付の可否について [*] | ा (| ····································· | | |
| 人間ドックアドバイザーにつ | ついて | | _ | | |
| 人間ドックアドバイザー※ ● の資格を持つスタッフ* ○ | いる | * 左記で 医師 | 「いる」と回答の場合、入力必須 保健師 | 管理栄養士 | |
| ※人間ドック学会が認定する人間ド 了者は含まない) | ック健診情報管理指導士の認定者の人数(修 | <u></u> | 名 名 | 名 | |
| 集合契約上でも人間ドックが実施 | 6可能である[*] ●実施でき? | る ○実施できな | L | | |
| ※実施できるとした施設は、人間 て、 全国建設工事業国民健康保険 保険者負担上限額は特定健康診査(お申込みがあった際は、ご対応を: | ドック健診(特定健診合)が実施でき、 「組合に人間ドック健診(特定健診合)受 の基本検査項目の単価と同額とし、その; お願い致します。 | 特定健診部分の結果 託可能施設として報 金額を超える場合は | データをXML形式で代行機関へ) 告させていただきます。 人間ドック実施当日に受診者より | 送付請求できる施設とし り徴収ください。 | |
| | | | | | |
| (契約取りまとめ団体名) | ·喑 • 予防医療学会 | 東京都千代田 一般社団法人 会長 相澤 | 区二番町9-15 4階 日本病院会 孝夫 | | |
| (契約取りまとめ団体名) 東京都千代田区三番町9-15 1 公益社団法人日本人間ドック・ 理事長 荒瀬 康司 | | | 約を季任したこととかります | - 0 | |
| (契約取りまとめ団体名) 東京部千代田区三番町9-15 1 公益社団法人日本人間ドック・ 理事長 荒瀬 原司 | コフォームを申請することにより取り | りまとめ団体に契 | DESCLUTCE CATAT | | |

④確認画面をスクロールして、以下の画面より画面印刷して保管ください。その後申請して完了となります。

※申請が完了すると画面の印刷はできませんのでご注意ください。 ※入力申請した内容が羅列されたものは、メールアドレスにも送られます。

> ※入力した内容の画面を印刷して保存される場合は、以下より印刷ください。 申請完了後には印刷できません。

> > 確認画面を印刷する

※必ず「申請する」ボタンをクリックして申請を完了してください。

申請する

戻る(入力内容修正)

お問い合わせ先 公益社団法人日本人間ドック学会 事務局 集合契約担当 〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階 TEL:03-3265-0079 FAX: 03-3265-0083 (平日のみ9:00-17:00)

⑤申請が完了すると、登録のメールアドレスに申請した内容が送られます。必ずご確認ください。 メールが送られていない場合は申請が未完了となりますので必ず確認ください。

> 【問い合わせ先】 日本人間ドック・予防医療学会 集合契約担当 TEL:03-3265-0079 syugokeiyaku@ningen-dock.jp