返信先 ＦＡＸ ０３－３２６５－００８３

**令和7年度用**

【集合契約登録情報変更届】

年度途中で登録内容に変更が生じた場合にご使用ください。

＊現在の登録内容＊　　①～⑥　すべてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①健診・保健指導機関番号（10桁） |  |
| ②実施機関名 |  |
| ③郵便番号と住所（要都道府県名） |  |
| ④電話番号 |  |
| インボイス登録状況 |  □登録済　　　　　□未登録　　　 |
| インボイス登録番号（13桁）※登録済の場合 | 　**Ｔ** |
| オンライン資格確認による受付 | 　□可　　　　　　　□否 |

|  |
| --- |
| ⑤集合契約A① |
| 特定健康診査 | 特定保健指導 |
| 動機付け支援 | 積極的支援 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ⑥集合契約A② |
| 契約している | 契約していない |
|  |  |

＊変更あり新しい登録内容＊　　　変更があった箇所のみご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①健診・保健指導機関番号（10桁） |  |
| ②実施機関名 |  |
| ③郵便番号と住所（要都道府県名） |  |
| ④電話番号（予約番号） |  |
| インボイス登録状況 | 　□登録　　　　　□取消 |
| インボイス登録番号（13桁） | 　**Ｔ** |
| 登録年月日（取消年月日） | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| オンライン資格確認による受付 | 　□可　　　　　　　□否 |

・①～③は支払基金等へ届け出る(あるいは届けでている)内容と差異のないこと。

|  |
| --- |
| ⑤集合契約A① |
| 特定健康診査 | 特定保健指導 |
| 動機付け支援 | 積極的支援 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ⑥集合契約A② |
| 契約する | 契約しない |
|  |  |

記入担当者名