

実施機関番号等変更届

年 月 日

茨城県保険者協議会契約代表者 様

住 所
名 称
代表者名

印

令和8年度特定健康診査委託契約書記載事項に下記のとおり変更があったので、届出をします。

記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後	変 更 年 月 日

(注1) 「変更事項」欄には、令和8年度特定健康診査委託契約書の別紙「実施機関一覧表」の事項名を記載すること。(例：「特定健診機関番号」「実施機関名」「所在地」)

(注2) 「変更年月日」欄は、社会保険事務局に提出した「廃止届」の「廃止年月日」や「変更届」の変更年月日を記載すること。

以上

(添付書類)

1. 保険医療機関番号の変更があった場合 新しく交付された「保険医療機関指定通知書」の写し
2. それ以外の場合 地方厚生局へ提出した「保険医療機関変更届」の写し