

福島市国民健康保険特定健康診査
実施登録医療機関の長 様

福島市医師会
会長 岡 野 誠
検診委員長 坂 本 弘 明
眼底担当 酒 井 正 典
(公印省略)

特定健康診査（眼底検査）の契約とその後の流れについて

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃、本会事業に対しまして多大なるご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、前年度に引き続き下記のとおり、特定健診実施医療機関と眼科医療機関の直接契約とさせていただきますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、この契約と流れはひな形として作成したものですので、双方で協議のうえ独自に定めることを妨げるものではありません。

記

1. 契約について

特定健診実施登録医療機関（以下「甲」という。）は、特定健診の詳細項目のひとつである眼底検査を他の眼科医療機関（以下「乙」という。）に依頼する場合、別紙「特定健診眼底検査に関する契約書」に必要事項を記入し、押印のうえ 2 部を郵送してください。（契約したい眼科ごとに契約を締結してください。）

乙は、取引銀行等の必要事項に記入し、押印のうえ 1 部を甲に返送してください。

なお、「甲乙双方より申し出が無い場合は、自動的に更新するものとする。」としておりますが、年度が変わると検査料金などが変更になる場合がありますので、必要な場合は新たに契約を締結してください。

2. 依頼の流れについて

甲は、依頼書に記入し「①特定健診実施医療機関控」をはがして、「②特定健診実施医療機関用」と「③眼底検査実施医療機関用」をはがさず受診者に渡してください。

乙は、受診者より②と③を受け取り、検査結果を記入し②を甲に持ち帰るよう説明して受診者に渡してください。

乙は、③を保存しておき、甲へ請求する際に枚数を確認して請求してください。

3. 委託料の振込の流れについて

乙は、前月分の請求書を甲に F A X で送信して下さい。甲は、請求書到着後 1 ヶ月以内に指定の取引銀行に料金を振り込んでください。なお、振込手数料は甲の負担とします。

（情報提供：支払方法を「年度分をまとめて請求および振込とする。」など、甲乙協議のうえ変更しても構いません。）

4. 特定健康診査（眼底検査）依頼書兼結果報告書について

福島市保健所保健予防課にて配布しておりますので、下記にお問い合わせください。

< T E L > 024-525-7680

5. 委託単価（令和 5 年度）

- ・福島市国保 2,035 円
- ・集合契約 1,690 円

特定健康診査（眼底検査）に関する契約書（ひな形）

特定健康診査事業における眼底検査について、

特定健診実施医療機関 _____（以下「甲」という。）と
対応する眼科医療機関 _____（以下「乙」という。）は
次のとおり契約を締結する。

（業務内容）

第1条 特定健診における甲から乙に対する眼底検査の依頼については、特定健診の基準並びに福島市医師会で示した要領に基づき実施するものとする。

（業務実施期間）

第2条 本業務の実施期間は、特定健康診査実施期間の1年間とする。但し、甲乙双方より申し出が無い場合は、自動的に更新するものとする。

（検査料金）

第3条 甲は、乙に対し委託料として福島市国保1件あたり _____円（消費税含む）、それ以外1件あたり _____円を支払うものとする。

（検査料金の支払）

第4条 検診料金の支払いは、乙が検査実施分1ヶ月分をまとめ甲に対し請求書を送付し、甲は、到着後1ヶ月以内に支払うものとする。なお、払い込み手数料は甲が負担するものとする。（但し、甲乙双方の了解による場合には、まとめた請求及び振込で良いものとする。

銀行名		支店名	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

（その他）

第5条 この契約に定めのない事項及び疑義が生じたときは、甲乙誠意をもって協議するものとする。

以上、この契約の証として本書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

令和 年 月 日

甲 特定健康診査実施医療機関

住所 千
福島県

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

乙 眼科医療機関

住所 千
福島県

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

眼科医療機関の長 様

福島市医師会

会長 岡 野 誠
検診委員長 坂 本 弘 明
眼底担当 酒 井 正 典
(公印省略)

特定健康診査（眼底検査）の契約とその後の流れについて

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃、本会事業に対しまして多大なるご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、前年度に引き続き下記のとおり、特定健診実施医療機関と眼科医療機関の直接契約とさせていただきますので、眼底検査の依頼がございましたらご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、この契約と流れはひな形として作成したものですので、双方で協議のうえ独自に定めることを妨げるものではありません。

記

1. 契約について

特定健診実施登録医療機関（以下「甲」という。）は、特定健診の詳細項目のひとつである眼底検査を他の眼科医療機関（以下「乙」という。）に依頼する場合、別紙「特定健診眼底検査に関する契約書」に必要事項を記入し、押印のうえ2部を郵送してください。（契約したい眼科ごとに契約を締結してください。）

乙は、取引銀行等の必要事項に記入し、押印のうえ1部を甲に返送してください。

なお、「甲乙双方より申し出が無い場合は、自動的に更新するものとする。」としておりますが、年度が変わると検査料金などが変更になる場合がありますので、必要な場合は新たに契約を締結してください。

2. 依頼の流れについて

甲は、依頼書に記入し「①特定健診実施医療機関控」をはがして、「②特定健診実施医療機関用」と「③眼底検査実施医療機関用」をはがさず受診者に渡してください。

乙は、受診者より②と③を受け取り、検査結果を記入し②を甲に持ち帰るよう説明して受診者に渡してください。

乙は、③を保存しておき、甲へ請求する際に枚数を確認して請求してください。

3. 委託料の振込の流れについて

乙は、前月分の請求書を甲にFAXで送信して下さい。甲は、請求書到着後1ヶ月以内に指定の取引銀行に料金を振り込んでください。なお、振込手数料は甲の負担とします。

（情報提供：支払方法を「年度分をまとめて請求および振込とする。」など、甲乙協議のうえ変更しても構いません。）

4. 委託単価（令和5年度）

- ・福島市国保 2,035 円
- ・集合契約 1,690 円