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、まとめての請求及び振込で良いものとする。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支店名 |  |
| 種別 | □普通　　□当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

（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 | 〒 |  |  |  |
|  |  | 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 | 〒 |  |  |  |
|  |  | 福島県 |  |  |  |
|  | 医療機関名 |  |  |  |  |
|  | 代表者氏名 |  | 電話番号 |  | 印 |