

令和5年1月23日

特定保健指導実施機関 様
(社会保険診療報酬支払基金高知支部保健指導登録機関)

契約代表機関
公益財団法人高知県総合保健協会
(公印省略)

特定保健指導の実施に関する集合契約(集合B)について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は協会事業に格別のご厚情を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、特定保健指導の実施に関する集合契約の準備が整いました。

つきましては、集合契約へ参加を希望される場合、下記の内容を確認のうえ、必要書類を当協会まで送付してください。

なお、集合契約へ参加されない機関様は、大変お手数ですが「集合契約への参加の有無について」(別紙1)を回答後、FAX等にて返信してください。

記

1. 特定保健指導の実施に関する集合契約の概要

(1) 契約代表者

契約区分	委託元保険者代表保険者	実施機関契約代表機関
施設型	須崎市	公益財団法人 高知県総合保健協会
施設型	健康保険組合連合会高知連合会	
巡回型	須崎市	
巡回型	健康保険組合連合会高知連合会	

* 特定保健指導(巡回型)について

新たに特定保健指導(巡回型)の集合契約も開始していますので、確認のうえ集合契約への積極的な参加をお願いいたします。

特定保健指導(巡回型)は、保険者の指定する会場へ赴き特定保健指導を実施します。

* 特定保健指導(巡回型)の運用ルール

- 交通費は契約単価(委託料)に含まれています。
- 会場は保険者が準備するものとし、保険者から会場使用料を請求されることはありません。
- 1回当たりの受診者数は原則4人以上としていますが、双方の協議において任意に対応ください。
- その他、利用勧奨等を合わせて受託する場合は、保健指導の実施部分は本契約を利用し、利用勧奨等のみ個別契約にて行ってください。
- 請求については、国保の場合は高知県国民健康保険団体連合会、被用者保険の場合は社会保険診療報酬支払基金高知支部へ行ってください。

(2) 契約期間

令和5年4月1日から令和6年3月31日まで(単年度契約)

(3) 契約単価(委託料)

施設型	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	7,700円(税込)
	積極的支援	24,200円(税込)
巡回型	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	8,250円(税込)
	積極的支援	30,800円(税込)

* 消費税法改正により消費税率及び地方消費税率(以下「消費税率」という。)が変更になった場合は、契約単価の変更があります。

(4) 契約内容

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定保健指導

2. 契約の手続き

(1) 必要書類

- ① 特定保健指導集合契約への参加の有無について(別紙1)
- ② 委任状(代表者印を押印したもの)(施設型と巡回型があります)
- ③ 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関]

以上が提出必須書類、以下は必要機関のみ提出してください。

- ④ 実務経験証明書(1名につき2部)
- ⑤ 食生活改善指導担当者研修修了者(写し・1名につき2部)

⑥運動指導担当者研修修了者(写し・1名につき2部)

⑦健康運動指導士認定証(写し・1名につき2部)

①～④の書類については、当協会ホームページ(<https://www.hokyo.or.jp>)に「特定保健指導集合契約必要書類」として掲載しておりますので、ダウンロードしてご使用ください。

(2) 参加料(事務手数料)

新規参加機関 10,000円(税込)

継続参加機関 3,000円(税込)

* 集合契約締結後の請求となります。(令和5年度は参加料の請求はしません)

(3) 提出先

必要書類一式を下記宛に送付してください。

【提出先】 〒781-9513 高知市棧橋通6丁目7番43号
公益財団法人高知県総合保健協会
業務推進部 井上

【提出期限】 令和5年2月9日(木)必着

〒781-9513 高知市棧橋通6丁目7番43号
公益財団法人高知県総合保健協会
業務推進部 井上
TEL 088-832-9691
FAX 088-831-4921

令和 年 月 日

委任状【施設型】

(委任者) 特定保健指導実施機関

所在地 _____

機関名称 _____

委任者氏名 _____ 印

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任いたします。

令和5年度高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定保健指導にかかる集合契約
(集合B)を締結すること

契約締結を委任する方式に[○]をご記入願います。

委託元保険者代表保険者	施設型受託業務		
	健診当日 初回面接	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	積極的支援
須崎市【施設型】			
健康保険組合連合会高知連合会【施設型】			

注: 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機づけ支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみです。

記

(代理人) 高知県高知市棧橋通六丁目7番43号
公益財団法人 高知県総合保健協会
理事長 岡林 弘毅

令和 年 月 日

委任状【巡回型】

(委任者) 特定保健指導実施機関

所在地 _____

機関名称 _____

委任者氏名 _____ 印

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任いたします。

令和5年度高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定保健指導にかかる集合契約
(集合B)を締結すること

契約締結を委任する方式に[○]をご記入願います。

委託元保険者代表保険者	巡回型受託業務		
	健診当日 初回面接	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	積極的支援
須崎市【巡回型】			
健康保険組合連合会高知連合会【巡回型】			

注: 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機づけ支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみです。

記

(代理人) 高知県高知市棧橋通六丁目7番43号
公益財団法人 高知県総合保健協会
理事長 岡林 弘毅