

令和8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ので、集合契約へ参加を希望される場合は、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におきましても、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）に記入後、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（国保）	須崎市	公益財団法人 高知県総合保健協会
施設型（社保）	高知縣市町村職員共済組合	
巡回型（国保）	須崎市	
巡回型（社保）	高知縣市町村職員共済組合	

##### ※ 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。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に行ってください。

## (2) 契約期間

令和8年4月1日から令和9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)	8, 250円 (税込)
	積極的支援	27, 500円 (税込)
巡回型	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	11, 550円 (税込)
	積極的支援	34, 100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 参加確認書）
- 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）（別紙2-1、2-2）
- 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〕（別紙3）

以上が提出必須書類、以下は支援担当者が該当する場合に提出してください。

- ④ 実務経験証明書（看護師）（1名につき2部）
- ⑤ 食生活改善指導担当者研修修了書（写し・1名につき2部）
- ⑥ 運動指導担当者研修修了書（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8年度は参加料の請求はしません）

(3) 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 渉外課 下村

(4) 提出期限

令和8年2月6日（金）必着

〒781-9513 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

業務推進部 渉外課 下村

TEL 088-832-9691

FAX 088-831-4921