

# 令和 8 年度 大阪市国民健康保険 特定保健指導実施機関 申請書

令和      年      月      日

大阪市福祉局長 様

所      在      地  
名                      称  
代   表   者   名

大阪市国民健康保険の特定保健指導実施機関として、次の資料を添えて申請します。  
なお、資料の内容について事実と相違ないことを誓約します。

1. 業務委託にかかる確認事項について、該当する場合は□に✓をしてください。

- ☐ 申請書提出時点で社会保険診療報酬支払基金に特定保健指導機関届を提出している。
- ☐ 平成 25 年厚生労働省告示第 92 号の「第 2 特定保健指導の外部委託に関する基準」を全て満たしている。
- ☐ 大阪府内に特定保健指導の実施場所を用意できる又は情報通信技術を活用した遠隔面接・支援が実施できる。

2. 該当する申請区分の □に✓をしてください。

- ☐ A 特定保健指導のみ実施
- ☐ B 自らの医療機関で受診した者に対する特定保健指導を実施
- ☐ C 自らの医療機関と他の医療機関で受診した者に対する特定保健指導を実施

3. 該当する指導内容の□に✓をし、予定（見込）人数を記入してください。

- ☐ 動機付け支援 （                  人）      ☐ 積極的支援 （                  人）

4. 添付資料

- ☐ (1) 特定保健指導の外部委託に関する調書（別紙様式）
- ☐ (2) 特定保健指導の外部委託基準の人員に関する調書（別紙様式）
- ☐ (3) 社会保険診療報酬支払基金へ提出した特定保健指導機関届の写し  
※支払基金ホームページに公開されている届出機関情報を印刷したものでも可。
- ☐ (4) 特定保健指導に関するホームページ掲載内容（写し）
- ☐ (5) 直近 1 年分の納税証明書（提出日前 3 か月以内に発行：写し可）
  - ① 消費税及び地方消費税
  - ② 大阪市の法人市民税及び固定資産税（大阪市内に納税義務有しない者にあたっては本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税及び固定資産税）  
ただし、非課税等で本証明書が提出できない場合は、その旨を記載した理由書  
※本市入札参加有資格者名簿に登録されている者については、省略できるものとする。

5. 連絡先

- ・担 当 者 名
- ・電 話 番 号
- ・メールアドレス