様式第２号（その２）（第６条関係）

特定保健指導内容等確認票

１　特定保健指導受診者情報

被保険者証記号番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	

２　特定保健指導情報

特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）に基づいて実施した支援区分、実施年月日及び金額欄には受診者への請求金額をご記入ください。

当該特定健康診査受診年月日：　　年　　月　　日

項目	実施	実施年月日	金額
動機付け支援（初回面接）			円
動機付け支援（実績評価）			円
積極的支援（初回面接）			円
積極的支援（実績評価）			円

３　実施医療機関情報

所在地

名　称

担当者名　　（※）

（※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。）

担当者資格

電話番号

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。