

届出年月日： 年 月 日

2026年度（令和8年度）福山市特定保健指導実施医療機関届出書

医療機関名 _____

福山市特定保健指導を実施する医療機関として届け出ます。

【福山市特定保健指導の基準】

- ・福山市国民健康保険特定健康診査を実施する医療機関であること。
 - ・特定保健指導が実施可能な人員体制を整えている医療機関であること。
 - ・福山市特定保健指導の初回面接を特定健康診査実施日から1週間以内に行うこと。
- ※特定保健指導業務の費用決済は、広島県国民健康保険団体連合会を通じて行います。

該当する項目に○印または御記入をお願いします。

特定保健指導の業務を統括する者 ※該当職種に○印をお願いします。 ※常勤であること。	医師	保健師	管理栄養士

特定保健指導に従事する者 ※特定保健指導とは、初回面接、計画作成、3か月以上の継続的な支援、評価までをいう。 ※専門的知識及び技術を有する者 ※勤務体制は問わない。	医師	人
	保健師	人
	管理栄養士	人
	看護師（注）	人

（注）看護師は、「保健指導に関する一定の実務経験のある看護師」とする。2029年度末までの経過措置。1年以上（必ずしも継続した1年間である必要はない。）、保険者が保険事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味する。

※ 届出内容に変更が生じた場合は、その都度、連絡をお願いします。（担当課：健康推進課）