　　年　　月　　日

**委　任　状（後期高齢者健診：75歳以上）**

（委託者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－  　長野県 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　） | 特定健康診査  機関番号 | | | | 2 | 0 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録番号  （適格請求書発行事業者） | | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録年月日 |  | 取消年月日 | | | | | |  | | | | | | | |

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。

　・高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づき実施する、後期高齢者健康診査について、長野県後期高齢者医療広域連合と一般社団法人長野県医師会との間で、令和6年度の後期高齢者健康診査の実施に関する委託契約を締結すること。

（代理人）

住　所：長野市大字三輪１３１６番地９

氏　名：一般社団法人長野県医師会

会　長　　若　林　　　透

**【詳細な健診項目について】**

詳細な健診項目について、自院で実施可能な検査項目には「○」を、再委託により実施する検査項目には「△」を、（　）内に記入願います。

・貧血検査　（　　　）

　・心電図検査（　　　）

　・眼底検査　（　　　）

　・血清クレアチニン及びeGFR（　　　）