

実施機関一覧表

健診・保健指導 機関番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ハ イフンあり)	所在地※1	電話番号※2 (半角数字・ハイフン あり)	受託業務※3								登録番号※6 (適格請求書発行事業者)	登録年月日※7	取消年月日※8	オンライン資格確 認による受付の可 否 ※9
					特定健康診査					特定保健指導						
					実施形態		詳細項目※4				健診 当日 初回 面接 ※5	動機 付け 支援				
集団 健診	個別 健診	貧血	心電図	眼底	クレア チニン											
0610111981	公益財団法人やまがた健康推 進機構山形検診センター	990-9581	山形県山形市蔵王成沢向久保田2220	023-688-6511	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	T6390005007913	令和5年10月1日		
0620700039	公益財団法人やまがた健康推 進機構庄内検診センター	998-0875	山形県酒田市東町1-23-1	0234-26-1882	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	T6390005007913	令和5年10月1日		
0620700021	公益財団法人やまがた健康推 進機構最上検診センター	996-0084	山形県新庄市大手町2-22	0233-23-3411	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	T6390005007913	令和5年10月1日		
0620700054	公益財団法人やまがた健康推 進機構会米沢検診センター	992-0059	山形県米沢市西大通1-5-66	0238-21-8811	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	T6390005007913	令和5年10月1日		
0620700047	公益財団法人やまがた健康推 進機構南陽検診センター	999-2232	山形県南陽市三間通466-5	0238-43-6303	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	T6390005007913	令和5年10月1日		

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。  
 ※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。  
 ※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。  
 実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。  
 ※4 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。  
 ※5 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみとなる。  
 ※6 適格請求書発行事業者である場合に登録番号を記入。  
 ※7 適格請求書発行事業者の登録通知書に記載された登録年月日を記入。  
 ※8 第3号様式（適格請求書発行事業者の登録の取消しを求める旨の届出書）の「登録の効力を失う日」を記入。  
 ※6～8 保険者及び実施機関での協議に基づき必要な場合に記入。  
 ※9 受診者が契約相手先の保険者の加入者であるか否かを判別する際に、オンライン資格確認（既存システムか、資格確認限定型かを問わない）による受診券・利用券に記載の保険資格の確認が可能な場合は 「○」 を記入。