別添 11

（県医師会提出日）令和　　年　　月　　日

特定健診　健診・保健指導機関番号変更報告書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師会

以下の医療機関の健診・保健指導機関番号に変更がありましたので、ご報告いたします。

変更前機関番号

変更後機関番号

（変更理由：　　）

執行日　令和　　年　　月　　日付

※インボイス番号についてご確認ください。

変更なし　・　変更あり（T＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

インボイス番号なし

医療機関名	住　所	電話番号
	〒	

2026.2.2　改訂版