①（医療保険者⇒保健指導機関）

令和○○年○○月○○日

（保健指導機関名）　御中

保険者番号　○○○○○○○○

保険者名　　○○○○○○

担当者名　　○○○○○

ＴＥＬ

ＦＡＸ

特定保健指導利用者の資格喪失について（通知）

　下記利用者について、令和○○年○○月○○日付、資格喪失となりました。

　つきましては、利用者あて別紙のとおり通知しましたので、貴機関におかれましては、利用停止の手続きをお願いします。

記

１．特定保健指導利用者氏名　○○　○○

　　受診券整理番号○○○○○○○○○○○

　　利用券整理番号○○○○○○○○○○○

２．途中終了の事由　②資格喪失

　　資格喪失による利用停止日　令和○○年○○月○○日

（利用者への通知文書の写しを添付）

②（医療保険者⇒特定保健指導利用者）

令和○○年○○月○○日

（利用者名）　○○　○○　様

特定保健指導の利用停止について

　（利用者名）○○　○○様は、令和○○年○○月○○日付、（保険者名）○○○の被保険者資格を喪失されました。

　つきましては、現在利用中の特定保健指導については、資格喪失による利用停止となりますので、ご了解願います。

　利用停止日以降の特定保健指導の利用については、全額自己負担となりますので、ご留意ください。

記

資格喪失による利用停止日　令和○○年○○月○○日

（問い合わせ・連絡先）

保険者名　　○○○○○○

担当部署・担当者名　○○○○○

ＴＥＬ

ＦＡＸ