①（保健指導機関⇒医療保険者）

令和○○年○○月○○日

（医療保険者名）　御中

保健指導機関番号　○○○○○○○○○○

保健指導機関名　　○○○○○○

保健指導責任者名　○○○○○

ＴＥＬ

ＦＡＸ

特定保健指導利用者の途中終了について（照会）

　下記利用者について、照会させていただきます。

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　①途中脱落

　当方で再開・継続の勧奨を行ってまいりましたが、特定保健指導最終利用日：令和○○年○○月○○日から未利用のまま２ヶ月経過しました。

　つきましては、別紙のとおり利用者に連絡させていただきましたので、貴保険者におかれましても、本人に対する再開・継続の勧奨をよろしくお願いします。

（利用者への通知文書の写しを添付）

②（保健指導機関⇒特定保健指導利用者）

令和○○年○○月○○日

（利用者名）　○○　○○　様

特定保健指導の再開・継続について

　（利用者名）○○　○○様におかれましては、当方の特定保健指導最終利用日：令和○○年○○月○○日から未利用のまま２ヶ月経過しました。

　つきましては、この文書の日付から２週間以内に○○様から再開のお申し出がない限り、特定保健指導を終了とさせていただきますのでご了解願います。

（問い合わせ・連絡先）

保健指導機関名　　○○○○○○

保健指導責任者名　○○○○○

ＴＥＬ

ＦＡＸ

③（保健指導機関⇒医療保険者）

令和○○年○○月○○日

（医療保険者名）　御中

保健指導機関番号　○○○○○○○○○○

保健指導機関名　　○○○○○○

保健指導責任者名　○○○○○

ＴＥＬ

ＦＡＸ

特定保健指導利用者の途中終了確定について（報告）

　下記利用者について、途中終了と確定させていただきます。

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　①途中脱落

　特定保健指導最終利用日：令和○○年○○月○○日から２ヶ月経過し、医療保険者・利用者本人に令和○○年○○月○○日通知し、２週間経過後も本人より再開依頼がないため