（巡回様式　１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課　　長 | 係　　長 | 担 当 者 |
|  |  |  |

愛鉄連健康保険組合

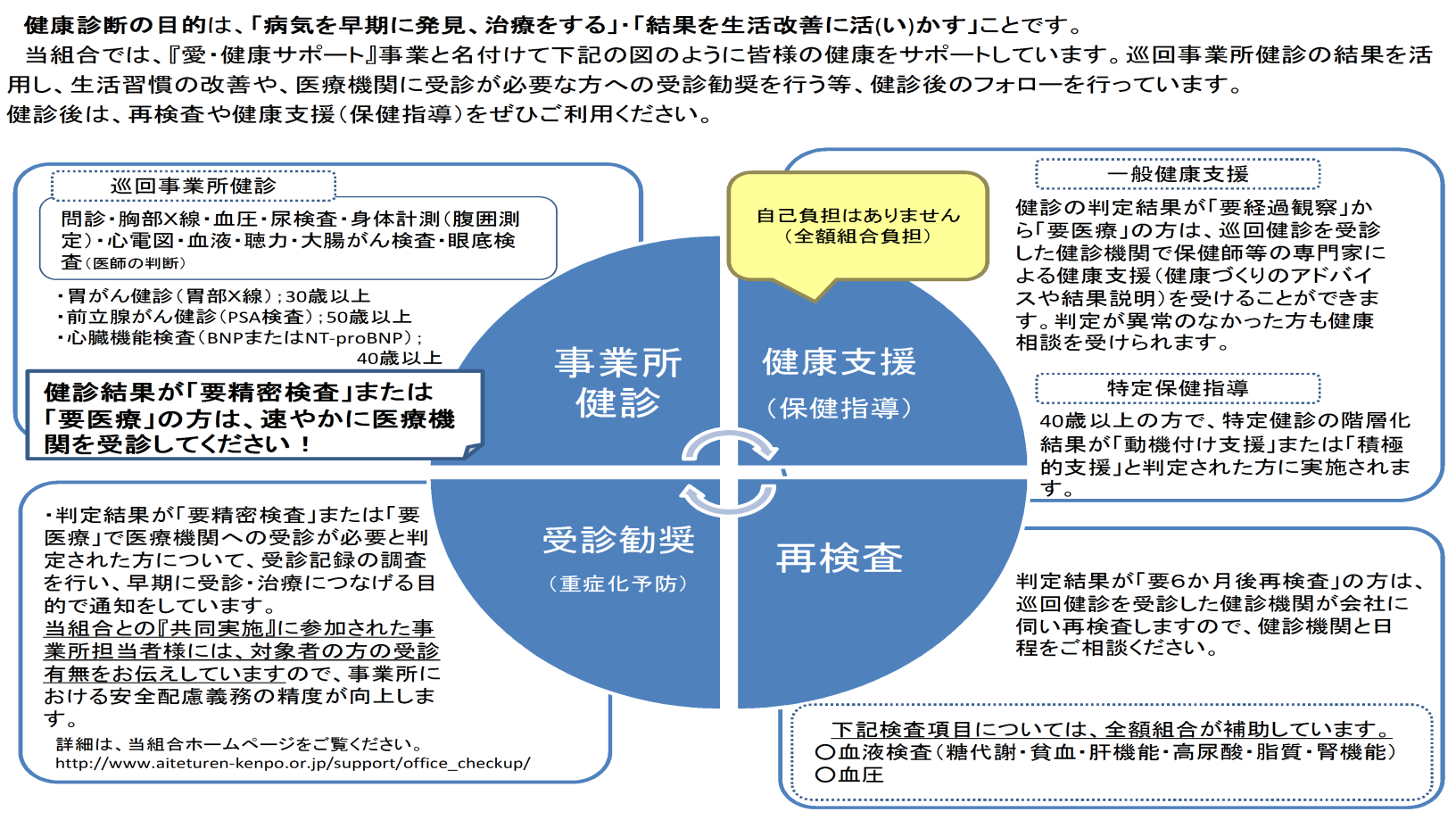
『愛・健康サポート』実施申込書

（巡回事業所健診・健康支援・6か月後再検査）

　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所記号 |  | 健診機関名 |  |
| 担当者氏名 | TEL（　　　　　） － | | |
| 実施予定月  ＊健診実施予定月に○印 | 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 | | |
| 年間健診予定人数 | （被保険者数）  **人** | | |
| 実施場所 |  | | |
| 健診実施形態  ＊　該当箇所に○印 | 巡回バス　　・　　院内実施　　・　　巡回バスと院内の両方  （健診機関に出向いて実施） | | |
| 一般健康支援  特定保健指導 | （対象者がいた場合）　　実施する　　・　　実施しない　　・　　未定 | | |
| 6か月後再検査 | （対象者がいた場合）　　実施する　　・　　実施しない　　・　　未定 | | |
| 備　　考 |  | | |



R3.4

【受診の方法】

①　健診機関の担当者と健診実施日を調整し、予約をする。

②　健診日時が決定次第、「愛・健康サポート実施申込書」（巡回様式１）を、組合へ提出する。

③　健診後、一般健康支援・特定保健指導、６か月再検査について、健診機関の担当者と日程を調整し、

予約をする。

**④　実施期間は４月１日から翌年３月１５日まで。**

【記入上の注意事項】

①　年間の健診受診予定月に○を付け、年間健診予定人数をご記入ください。

②　追加の健診予定が入りましたら、再度ご提出ください。

③　一般健康支援・特定保健指導、６か月後再検査については、実施の予定をご記入ください。