**令和6年度　パンフレット掲載内容等確認書**

別添3

 全国健康保険協会北海道支部

**（1）生活習慣病予防健診**

生活習慣病予防健診パンフレットに掲載いたしますので、掲載を希望する通りにご記入ください（令和6年4月1日時点）。

|  |
| --- |
| **基本情報** |
| 健診機関名（略称可） |  |
| 所在地（※） |  |
| 健診受付電話番号 |  |

（※番地等は「-」表記とさせていただく場合がございます。例「1番地1号」→「1-1」）

|  |
| --- |
| **実施可能健診項目**・自院内で実施：「**○**」・再委託で実施：「**△**」・実施できない（もしくは実施するが掲載しない）：「**×**」 |
| 付加健診 | 乳がん検診 | 子宮頸がん検診 | 胃カメラ |
| 単独 | 併用 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **その他**（□にチェックを入れてください） |
| 土日の健診実施 | □土曜のみ実施　□日曜のみ実施　□土日とも実施□未実施（もしくは実施するが掲載しない） |
| 健診実施機関主催の集団健診実施有無 | □実施する（パンフレット掲載希望）→後日、掲載内容の確認のためご連絡させていただきます。□実施する（パンフレット掲載を希望しない）□実施しない　 |
| 検診車の使用有無 | □使用する（パンフレット掲載希望）　→下記の質問事項にもご回答ください□使用する（パンフレット掲載を希望しない）□使用しない |
| 巡回予定地区名（パンフレット掲載希望の場合） | 〔ご記入いただいた地区名をパンフレットに掲載します〕※参考までに貴機関で使用されている巡回健診等の内容を含む広報パンフレットがございましたら添付をお願いします。 |

**（2）特定健診プラス**

特定健診パンフレットに掲載いたしますので、掲載を希望するとおりにご記入ください（令和6年4月1日時点）。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定健診プラスの実施可否 | □実施可　→下記の質問事項にもご回答ください□実施不可 |
| 連絡先電話番号（実施可の場合） |  |

|  |
| --- |
| **特定健診プラスの実施可能健診項目（実施可の場合）**・自院内で実施：「**○**」・実施できるが、検査費用・検査内容が相違。または再委託先で実施：「**△**」・実施できない：「**×**」 |
| 付加健診 | 乳がん検診 | 子宮頸がん検診 |
|  |  |  |

**（3）その他確認事項（パンフレットには記載しません）**

令和6年度中に貴機関の名称や所在地、レイアウト変更の予定はありますか？

|  |  |
| --- | --- |
| □ある | □名称変更予定 （　　　　　月頃）□所在地変更（移転）予定 （　　　　　月頃）□レイアウト変更予定 （　　　　　月頃） |
| □ない |  |

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

上記のとおり回答します。

担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　 ＴＥＬ

※本紙ご提出後に内容に変更のあった場合はご連絡ください。