

健康相談(保健指導)の申込書

生活習慣病予防健診、事業者健診を受診された方で、健診結果に基づき保健指導が必要と判断された方を中心に、国家資格を持つ保健師・管理栄養士が一人ひとりのライフスタイルに合わせた健康づくりをサポートいたします。

下記の内容にご回答いただき郵送にてご返送ください。

申込日 令和 年 月 日

事業所記号		事業所名	
事業所所在地	〒 -		
ご連絡先	電話： - -	FAX： - -	
ご担当者様			

健診を受診(予定)した健診機関名と健診受診(予定)月を教えてください。	健診機関名： _____
	健診受診(予定)月： 月 ~ 月
保健指導のご希望時期を教えてください。	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> _____ 月頃 ※健診受診後3か月以降でお願いします。 <input type="checkbox"/> 業務の状況により実施時期や方法を相談したい。 <input type="checkbox"/> 健診当日に健診機関で受けたい。 ※健診当日に特定保健指導を利用できる健診機関は右の二次元バーコードをご確認ください。予め健診受診予定機関にご記入いただいた情報を共有させていただきます。



ご希望の面談方法を教えてください。	<input type="checkbox"/> 対面 【 <input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 協会けんぽへ来所 <input type="checkbox"/> 場所について相談したい】 <input type="checkbox"/> リモート(ZOOM) ※通信料に対する協会けんぽからの補助はありませんので、予めご了承ください。
保健指導について	<input type="checkbox"/> 以前受けたことがある(年 月頃) <input type="checkbox"/> 今回が初めて

ご回答ありがとうございました。郵送にて協会けんぽ鹿児島支部へ提出をお願いします。
後日、健診ご担当者様あてにご連絡させていただきます。

送付先 お問い合わせ先



協会けんぽ 全国健康保険協会 鹿児島支部 保健グループ

TEL 099-219-1734

〒890-8640 鹿児島市武1丁目2番10号 JR鹿児島中央ビル9F