

「やまがた健康企業宣言」 ご登録用紙

FAX番号：023-633-0850

当社は「やまがた健康企業宣言」を行い、下記の内容に取り組みます。

※やまがた健康企業宣言は、健康診断の実施率が70%以上の事業所さまがご登録いただけます。

1	健康診断の実施	35歳以上の健康診断を100%実施します。 (もしくは)40歳以上の健康診断を100%実施します。
2	特定保健指導の実施 (数値目標を設定)	特定保健指導の実施率(初回面談実施率)を <input type="text"/> %(以上)とします。
3	検査・治療の促し	以下の <input checked="" type="checkbox"/> 項目について取り組みます。
<input type="checkbox"/>	要治療・要精密検査者に対して医療機関へ受診するよう勧奨します	
<input type="checkbox"/>	医療機関へ受診した結果の報告を求めます	
<input type="checkbox"/>	医療機関への受診に要する時間の出勤認定や特別休暇を付与します	
<input type="checkbox"/>	その他	
3の <input checked="" type="checkbox"/> 項目において、実施方法や数値目標がある場合は内容を記載してください。		
<input type="text"/>		
4	健康づくりの推進	以下の <input checked="" type="checkbox"/> 項目について取り組みます。
<input type="checkbox"/>	身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 食生活・栄養
<input type="checkbox"/>	こころの健康づくり・休養	<input type="checkbox"/> たばこ
<input type="checkbox"/>	アルコール	<input type="checkbox"/> その他
4の <input checked="" type="checkbox"/> 項目の具体的な内容を記載してください。 (数値目標を設定している場合はその数値も記載してください)		
※必ずご記入ください		
<input type="text"/>		

令和 年 月 日

事業所所在地	〒 _____	
事業所名		
事業主名	役職名	氏名
担当者氏名 (健康保険委員になる方 ※被保険者の方)	生年月日(和暦)	
	年 月 日	
担当者の健康保険の記号・番号	記号 番号	※健康保険委員登録がなされていない場合には、登録をさせていただきます(登録料・年会費はかかりません)
電話番号		
メルマガ配信用メールアドレス	利用規約に同意の上 申し込みます <input checked="" type="checkbox"/>	@

※健康保険委員及びメルマガ利用規約については、協会HPをご覧ください。

● 協会けんぽ、山形県及びその他市町村のホームページ等へ社名を掲載いたしますので、ご承知おきください。