

健康宣言書



■下記の項目にご記入の上、FAXにてご応募ください

取り組み項目一覧表から
3つ以上
選んで
チェック
してください。

下記項目に取り組むことを宣言します

- 健診を全社員受診**（この項目は必須です）
[40歳以上で、協会けんぽの生活習慣病予防健診以外を実施している場合は、健診データを提供します]
- 法令を遵守**（この項目は必須です）
[過去1年間および取り組み期間中、社員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしません（自主申告）]



1 奥様にも健診プロジェクト※ 協会けんぽイチオン！ チェックいただければ 参加申し込みとなります。	<input type="checkbox"/>	9 保健指導の実施	<input type="checkbox"/>
2 受診勧奨の取り組み	<input type="checkbox"/>	10 食生活の改善	<input type="checkbox"/>
3 ストレスチェックの実施	<input type="checkbox"/>	11 運動機会の促進	<input type="checkbox"/>
4 健康増進・過重労働防止に 向けた具体的目標（計画）	<input type="checkbox"/>	12 受動喫煙対策（禁煙又は分煙）	<input type="checkbox"/>
5 管理職及び一般社員それぞれ に対する教育機会の設定	<input type="checkbox"/>	13 社員の感染症予防	<input type="checkbox"/>
6 適切な働き方の実現	<input type="checkbox"/>	14 長時間労働への対策	<input type="checkbox"/>
7 コミュニケーションの促進	<input type="checkbox"/>	15 メンタルヘルス不調者への対応	<input type="checkbox"/>
8 病気の治療と仕事の両立支援	<input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> (独自)	※チェックをしたうえで詳細をご記入ください []

※①奥様にも健診プロジェクトは、第6回健康寿命を延ばそうアワード厚生労働大臣優秀賞受賞取り組みです。
なお、10月以降のお申込みにつきましては、次年度からの参加とさせていただきます。

宣言日 _____ **事業主名** _____ **肩書** (代表取締役など) _____ **氏名** _____
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____ **健康保険証の記号** _____ 保険証の上部にある数字 (7もしくは8ケタ) です。

健康づくりご担当者様お名前 _____ **電話番号** _____

愛知支部ホームページでの掲載を希望しない

※ホームページで、健康宣言をされた事業所名を掲載します。掲載を希望しない場合に限りチェックをお願いします。



FAXにて協会けんぽへ送信ください **FAX 052-856-1491**

「健康宣言」の年度ごとの更新手続きは不要です（自動更新）