

全国健康保険協会福井支部 「健診受けてトクしちゃお！」
特定健診早期受診者に対する特典サービス提供企業公募要領
(共同クーポン)

本事業の協賛企業を公募します。

1. 事業名

全国健康保険協会福井支部 「健診受けてトクしちゃお！」
特定健診早期受診者に対する特典サービス提供事業

2. 事業の目的

全国健康保険協会福井支部(以下「福井支部」という)ほか当事業に参加する医療保険者(以下総じて「医療保険者」という)と協賛企業が連携協力し、特定健診早期受診者に対し特典サービスを提供することで、年に一回の健診受診を促し、健康づくりの意識を高めてもらうことを目的とします。

3. 事業の概要

- (1) 医療保険者は特定健診開始前に 40 歳から 74 歳までの受診対象者に対し、受診券を発送します。その際、協賛企業を「健康づくり応援企業」と認定し、送付する封筒や同封するパンフレットに当該企業(または店舗)の名称を掲載のうえ、当事業について広く広報します。
また、その後も医療保険者が発行する各種広報紙やメールマガジン、未受診者に発送するダイレクトメール等およびホームページで当事業と協賛企業名を繰り返し積極的に広報します。
- (2) 医療保険者は特定健診早期受診者(10 月末日までに受診した者)からクーポンの申込みを募ります。(申込み期限は 11 月 10 日)
- (3) 協賛企業は自社で受けられる特典サービス内容を決定し(2つまで)、8 月末までに福井支部へ報告します。なお、特典サービスを利用できる期間は 11 月から起算し四箇月以上とし、最終利用期限は各協賛企業で決定することとします。
- (4) 福井支部は(3)で報告を受けた内容をもとに、協賛企業各社で使用できる共同クーポンおよび協賛企業(店舗)名・所在地を記載した一覧表を作成し、当事業に参加する各医療保険者に必要枚数を引き渡します。なお、共同クーポンおよび一覧表の作成にかかる費用は医療保険者の負担とし、共同クーポンの使用者が受ける特典サービスの内容にかかる費用は当該協賛企業の負担とします。
- (5) 医療保険者は申込者のうち、特定健診の受診が確認できた者全員に 11 月以降

に(4)で作成した共同クーポンおよび一覧表を発送します。なお、発送にかかる費用はすべて医療保険者の負担とします。

4. 契約期間

原則として、2020年3月31日までとします。ただし、期間満了の1ヵ月前までに、福井支部、協賛企業のいずれからも更新しない旨の申し出がない場合、さらに1年間更新するものとし、その後も同様とします。

5. 応募の条件

- (1) 共同クーポンを使用できる店舗(施設)等を福井県内に有していること。
- (2) 応募用紙または添付書類に虚偽または事実とかけ離れたことを記載していないと認められる者であること。
- (3) 経営の状況または信用度が極度に悪化しておらず、社会規範、公序良俗等を遵守できると認められる者であること。
- (4) 共同クーポンで受けられる特典サービス内容の履行を確実にできると認められる者であること。
- (5) 暴力団等の反社会的勢力に該当せず、反社会的行為を行っていないこと。また、反社会的勢力と一切の関係をもっていないこと。
- (6) 全国健康保険協会から業務等に関し競争参加資格停止措置を受けている期間中でないこと。
- (7) 損害賠償請求を全国健康保険協会から受けていない者であること。
- (8) 厚生年金保険・全国健康保険協会管掌健康保険の適用を受け、かつ、直近1年間について保険料に未納がない者であること(健康保険組合等の適用を受けている者にあつては、厚生年金保険料に未納がないこと)。又、厚生年金保険の適用を受けない場合は、事業主が直近1年間について国民年金の未加入及び国民年金保険料の未納がない者であること。

6. 応募の方法

- (1) 応募に必要な書類は、次の①～⑤のとおりとします。なお、提出された書類は返却しません。
 - ① 応募用紙(様式1)
 - ② 会社概要および営業内容がわかるパンフレット等(任意様式)
 - ③ 応募時点で予定している特典サービスのおおよその内容がわかるもの(様式2または任意様式)
 - ④ 直近1年間の社会保険料納付がわかるもの(領収書(写)、納付証明書等)
 - ⑤ 会社または店舗のロゴマークを収録したCD(ロゴマークの掲載を希望する

場合)

(2) 応募は、下記の期限で受け付けます。

①一次締切：2019年1月31日

②最終締切：2019年8月31日

なお、一次締切までに応募し、選定された企業は受診券一斉発送の際に企業名(店舗名)を掲載いたしますので、福井県内在住者に広くPRできるメリットがあります。

また、一次締切後も最終締切までは随時募集します。一次締切に間に合わない場合でも、年度途中に発行する各種広報紙等で繰り返し協賛企業名を広報していきますので、できるだけ早く応募していただく方がPR効果が期待できます。

(3) 提出先は次のとおりです。

〒910-8541 福井県福井市大手3丁目4-1 福井放送会館5階

全国健康保険協会福井支部 保健グループ

電話 0776-27-8304

(4) 応募書類は、郵送または持参により提出してください。

7. 協賛企業の選定および選定基準

(1) 協賛企業の選定は、福井支部が設置する「健康づくり応援企業認定委員会」が行います。選定の基準は、次の①および②のとおりです。

①「5. 応募の条件」を満たしているか

② 提出された応募書類等に不適切な点がないか

(2) 選定結果は文書にて通知します。

8. 覚書の締結

7の結果、健康づくり応援企業に認定された協賛企業とは、当事業の履行にあたって、福井支部と覚書を交わすこととします。

【本件担当、連絡先】

住所:福井県福井市大手3丁目4-1 福井放送会館5階

担当:全国健康保険協会福井支部 保健グループ 寺島

電話:0776-27-8304 FAX:0776-27-8307

様式1

全国健康保険協会福井支部 「健診受けてトクしちゃお！」
特定健診早期受診者に対する特典サービス提供事業
(共同クーポン)

協賛企業応募用紙

年 月 日

全国健康保険協会福井支部
支部長 畑 秀雄 あて

所在地

事業所名

代表者名

印

全国健康保険協会福井支部 「健診受けてトクしちゃお！」
特定健診早期受診者に対する特典サービス提供事業の協賛企業に応募します。

担 当 者	部署名			
	職・氏名			
	電話番号		FAX 番号	
	メールアドレス			

〈添付書類〉

1. 会社概要および営業内容がわかるパンフレット等(任意様式)
2. 現時点で予定している特典サービスのおおよその内容がわかるもの
(様式2または任意様式)
3. 直近1年間の社会保険料納付がわかるもの(領収書(写)、納付証明書等)
4. 会社または店舗のロゴマークを収録したCD(ロゴマークの掲載を希望する場合)

協会けんぽ作成共同クーポンで提供できる特典内容等

現時点で予定しているおおよその特典内容を具体的に記入してください。

(1つ または 2つ)

(クーポン使用にあたって、条件や制限等がある場合はその詳細も付記のこと)

また、クーポンの有効期限も記入してください。

※同等の内容であれば別紙(任意様式)でご提出いただいても構いません。