（様式３）

　　　　年　　　　月　　　　日

全国健康保険協会石川支部

保健グループ長　殿

実施機関名

担当者

全国健康保険協会管掌健康保険

**被保険者に対する特定保健指導の不同意確認書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 支部・記号  （2桁・7～8桁） | 事業所名 | 受診年月日  （和暦●/●/●） | ※共同利用チラシ送付の有無☑ |
| １ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ２ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ３ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ４ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ５ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ６ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ７ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ８ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| ９ | ・ |  | / 　　　　/ | □ |
| 10 | ・ |  | / 　　　　/ | □ |

※事業者健診結果に基づく特定保健指導を後日実施する場合は、健診機関から受診者全員に「保健指導に関する個人情報の共同利用チラシ」を送付していただく必要があります。