

↑ こちらをご提出ください ↑ FAX 022-714-6857

## 職場健康づくり宣言エントリーシート

- ✓ 職場健康づくり宣言を社内外へ発信します
- ✓ 社内に健康づくり担当者を設置します  
下記担当者様を健康保険委員に委嘱させていただきます。
- ✓ 健康診断受診率80%以上を目指します  
自己目標として、受診率  %目指す ← 80%以上の目標数値を記入
- ✓ 特定保健指導実施率50%以上を目指します  
自己目標として、実施率  %目指す ← 50%以上の目標数値を記入
- ✓ 検査・治療の推進をします  
健診結果で再検査や治療の必要があった場合、医療機関を受診するように推奨します。
- ✓ 事業所独自のオリジナルプランに取り組みます

FAX送信

「宣言番号」、  
「具体的な取り組み項目」を  
記載のうえ、  
郵送またはFAXにて  
ご提出ください。

| 宣言番号                                 | 具体的な宣言項目 |
|--------------------------------------|----------|
| 3・4ページの<br>緑の項目<br>(1~11)から<br>2つ以上  |          |
|                                      |          |
|                                      |          |
| 5・6ページの<br>赤の項目<br>(12~32)から<br>1つ以上 |          |
|                                      |          |
|                                      |          |

※具体的な取組項目については、3~6ページの取組例から選択するほか、独自の取組内容を設定することも可能といたします。

|                  |     |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|-----|--|--|-------|-----|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名             |     |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
| 事業所所在地           | 〒   |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
| 電話番号             | — — |  |  | FAX番号 | — — |  |                                                                                                                                                                                                                      |
| 健康保険の番号          |     |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
| 担当部署             |     |  |  |       |     |  | <div>資格情報のお知らせ</div> <div>記号 <input type="text"/> 番号 1 枝番 00</div> <div>氏名 協会 太郎</div> <div>生年月日 昭和 40 年 10 月 1 日</div> <div>資格取得年月日 昭和 60 年 10 月 1 日</div> <div>保険者番号 01040013</div> <div>保険者名称 全国健康保険協会 宮城支部</div> |
| 担当者名<br>(健康保険委員) |     |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
| メールアドレス<br>※任意   | @   |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |
|                  |     |  |  |       |     |  |                                                                                                                                                                                                                      |

※宣言いただいた事業所様の事業所名等につきましては、協会けんぽ宮城支部HPに掲載させていただきます。  
※メールアドレスをご記入いただいた場合は、協会けんぽメールマガジンに登録させていただきます。  
(メールマガジンの利用規約については協会けんぽHPをご覧ください。)  
※健康保険委員については、協会けんぽ宮城支部HPをご覧ください。



メルマガ



健保委員

ご提出・お問い合わせ先