

特定保健指導の健診当日実施に係る同意書

全国健康保険協会岡山支部長 様

記

当社従業員が生活習慣病予防健診を受診し、特定保健指導の対象に該当した場合、健診当日に特定保健指導を実施していただきますよう申し出ます。

また、本書の写しを全国健康保険協会岡山支部が特定保健指導実施機関に提供し、特定保健指導の実施に利用することに同意します。

令和 年 月 日

事業所記号

--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

事業所名

事業主名

印

裏面に続く

生活習慣病予防健診を受診されている機関名をご記入ください。(岡山県内に限ります。複数ある場合、複数ともご記入をお願いいたします。)

健診機関名	備考

○健診当日の保健指導について

- 健診を受ける従業員の皆様に、健診当日に健診機関より保健指導のご案内があった場合には、必ず受けるよう、事業所からの声掛けをお願いします。
- 健診当日の状況等により、健診当日の保健指導のご案内ができない場合や対象の方がお断りになった場合、後日、協会けんぽより、事業所宛てに保健指導のご案内をお送りする場合があります。一人でも多くの対象者の方に保健指導を受けていただきますよう、対象者へのお声掛け等のご協力をお願いします。
- 健診当日の保健指導を実施できる健診機関は協会けんぽ岡山支部のホームページでご覧いただけます。一覧に無い健診機関で受診された方が保健指導の対象者であった場合には、後日、協会けんぽより事業所宛てに保健指導のご案内をさせていただきます。