

(様式1)

全国健康保険協会管掌健康保険  
特定保健指導等の健康相談申込書

年 月 日

全国健康保険協会〇〇支部 保健グループ 行

健康保険被保険者証の記号	貴事業所名(支店・営業所名もご記入ください)	ご担当者名
所在地(訪問先をご記入ください)		電話
〒		FAX
保健指導	1. 以前受けたことがある( 年 月頃)	
	2. 今回が初めて	
実施希望日	第1希望	年 月 日( )
	第2希望	年 月 日( )
	* 具体的な日程は、後日 ご相談させていただきます。	
健診機関名		健診受診月日

※ この申込書により、全国健康保険協会の保健師が、事業所に伺って、保健指導等を実施させていただきます。  
健診後、ご都合のよい時期をご連絡ください。

※ 特定保健指導とは、メタボリックシンドロームの概念に基づき、健診結果等から将来の生活習慣病のリスクを持っている方を対象として、生活習慣改善の助言を行うことで健康長寿を目指していただくためのものです。健康増進にお役立てください。  
メタボリックシンドロームのリスク数に応じて、「動機づけ支援」、「積極的支援」の2つのタイプの保健指導があります。

※ “メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)”とは、内臓脂肪の蓄積により、高血圧・高脂血症(脂質異常症)・高血糖などの動脈硬化の危険因子をいくつも持っている状態をいいます。  
自覚症状はほとんどありませんが、放っておくと動脈硬化が急速に進行し、狭心症・心筋梗塞・脳梗塞などを引き起こす危険性が高まります。  
この状態は、健診結果に基づき、生活習慣を改善することで、予防することができます。

※ 特定保健指導対象者がいらっしゃる場合、お申込みがなくても、こちらから連絡させていただく場合があります。

この申込書についてのお問い合わせ・ご提出先

〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△市△△町〇〇

全国健康保険協会〇〇支部 保健グループ

TEL 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

FAX 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

健診結果の経年的な管理及び健診結果を基にした保健師による特定保健指導等(無料)を貴事業所へお伺いして実施させていただきます。(詳しくは全国健康保険協会ホームページ<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>をご覧ください)。