

事業主各位

令和〇年〇月〇日

見本

販売整備健康保険組合理事長

特定保健指導のお願い

平素は当健康保険組合の保健事業に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
みだしの件につきまして、下記のとおりご回答いただきますようお願いいたします。
お忙しいとは存じますが、従業員の方の健康のため、積極的なご支援を賜りますよう、
どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

【提出していただきたいもの】

- ① 別紙1「令和〇年度 特定保健指導 対象者一覧表」
- ② 封筒の中身(別紙2と記載) … 参加する方の分のみ提出してください

【提出期限】

別紙1（裏面）のとおり

■ 特定保健指導とは ■

- 自ら生活習慣を改善し健康的な生活を維持できるよう、保健師などの専門職がサポート・支援を行うことです。治療が必要となる前に日々の生活の取り組みで健康を維持し、状態の悪化・予防を目的としています。
- 「腹囲 2 cm減 ・ 体重 2 kg減」どちらも達成すれば、最短 3 か月間のプログラムです。(積極的支援)
- 費用は当健保組合の負担となり、被保険者や事業所に支払いを求めることはありません。
- 途中でやめることは原則できませんので、継続が難しい方は希望されないようお願いいたします。
- 詳しくは当健康保険組合の HP「〇年〇月〇日付 特定保健指導について」をご確認ください。

令和○年度 特定保健指導 対象者一覧表

- ①・②を記載してください。
- 参加する対象者の封筒の中身（「別紙2」と記載あり）を取りまとめの上、下記の期限までに提出してください。

項 番	記号	番号	本人 ・ 家族	氏 名	特定保健指導	① 保健指導 参加 (○/×)	② 勤務地（面談場所） ※ 職場に保健師が何う場合、記載してくだ さい
1	7000	000	本人	○○ ○○	積極的支援		
2	7000	000	本人	○○	見 本		
3	7000	000	本人	○○			
4	7000	000	本人	○○ ○○	動機づけ支援		
5	7000	000	家族	○○ ○○	動機づけ支援		

【注意】

- 参加のご回答をいただきました方には、事業所あてに実施機関等のお知らせを送付します。
- 特定保健指導について、対面での面談かつ職場に保健師が何う場合、面談場所の提供にご協力をお願いいたします。

提出先

： 福井県自動車販売整備健康保険組合

提出期限

： 令和○年○月○日（○） 必 着

〇〇〇〇〇〇 株式会社

〇〇 〇〇 様

令和〇年度 健診 または ドック の判定	
特定保健指導	〇〇〇〇支援

見 本

あなたは健康診断または人間ドックの結果、特定保健指導（無料）の対象となりました。

健診を受けた後の行動こそが大切です。

お手数ですが、ご希望の指導方法などを裏面にご記入いただき、お勤め先へ提出してください。

また、病歴や治療内容について、事業所などの第三者に提供することはありません。

特定保健指導（メタボ予防プログラム）について、裏面の記入をお願い致します。

提 出 先 ： お 勤 め 先 の 担 当 者 へ

【特定保健指導とは】

健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクがある方を対象に行う健康サポートです。
健康に関する自己管理ができるよう、健康づくりの専門家である保健師や管理栄養士が寄り添って支援します。

詳しくは当健康保険組合のHP「〇年〇月〇日付 特定保健指導について」をご確認ください。

特定保健指導（メタボ予防）について、オンライン・対面などをお選びください。

… 「腹囲 2 cm減 と 体重 2 kg減」 どちらも達成すれば、最短 3 か月間のプログラムです。

原則、途中でやめることはできません。

☐ RIZAP（オンライン）での指導 <チラシ①> ※ 提出締切月の翌々月から初回面談スタート	スマホ・タブレットにて。chocoZAP 通い放題 （最長 4 か月）、体組成計の無料提供など。 チラシの QR コード・電話での申し込み可。
☐ メドケア（オンライン）での指導 <チラシ②>	スマートフォンのみで可。アプリをダウンロードして行います。平日の夜や土日祝日の面談も可。
☐ 「福井県予防医学協会」に直接出向いて 初回面談	住所：福井県福井市和田 2-1006 TEL：0776-23-4810
☐ 「福井県労働衛生センター」に直接出向いて 初回面談	住所：福井県福井市日光 1-3-10 TEL：0776-25-2206
☐ 保健師があなたの職場に伺い初回面談	
☐ 指導を希望しない	約 1～4 万円程度のプログラムを無料で受けることができます。ぜひご検討ください。

指導希望の方は、以下の質問にご回答ください。

すでに生活習慣病の治療を受けている・始めた方（血圧・コレステロール・中性脂肪・血糖を下げる薬を飲んでいる、インスリン注射をしている方）は対象となりません。

内服薬など あなたの 現状	1、内服薬について、どちらかにチェックをしてください。 糖尿病の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 脂質異常症の服薬 …… ☐ あり ☐ なし 高血圧の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 上記以外の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 疾患名 []		
	2、医師による食事などの制限はありますか。 食事制限 …………… ☐ あり ☐ なし 運動制限 …………… ☐ あり ☐ なし 制限内容 []		
面談等について 保健指導員が 使用する 連絡先	勤務先	※ 支店・部署名あればそちらも記載してください。	
		TEL	
	【RIZAP 必須】 連絡がとれる自宅・携帯の番号		
	【RIZAP 必須】 メールアドレス	※ ショートメール（SMS・電話番号によるメール）不可。	
面談の都合が悪い 曜日・時間帯など			

ご協力ありがとうございました。お勤め先へ提出してください。後日改めて実施機関等をお知らせいたします。

事業所名：

氏名：

特定保健指導（メタボ予防）について、オンライン・対面などをお選びください。

… 「腹囲 2 cm 減 と 体重 2 kg 減」 どちらも達成すれば、最短 3 か月間のプログラムです。

原則、途中でやめることはできません。

☐ RIZAP（オンライン）での指導 <チラシ①> ※ 提出締切月の翌々月から初回面談スタート	スマホ・タブレットにて。chocoZAP 通い放題 （最長 4 か月）、体組成計の無料提供など。 チラシの QR コード・電話での申し込み可。
☐ メドケア（オンライン）での指導 <チラシ②>	スマートフォンのみで可。アプリをダウンロードして行います。平日の夜や土日祝日の面談も可。
☐ 「福井県予防医学協会」に直接出向いて 初回面談	住所：福井県福井市和田 2-1006 TEL：0776-23-4810
☐ 「福井県労働衛生センター」に直接出向いて 初回面談	住所：福井県福井市日光 1-3-10 TEL：0776-25-2206
☐ 保健師があなたの職場に伺い初回面談	
☐ 指導を希望しない	約 1～4 万円程度のプログラムを無料で受けることができます。ぜひご検討ください。

指導希望の方は、以下の質問にご回答ください。

すでに生活習慣病の治療を受けている・始めた方（血圧・コレステロール・中性脂肪・血糖を下げる薬を飲んでいる、インスリン注射をしている方）は対象となりません。

内服薬など あなたの 現状	1、内服薬について、どちらかにチェックをしてください。 糖尿病の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 脂質異常症の服薬 …… ☐ あり ☐ なし 高血圧の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 上記以外の服薬 …… ☐ あり ☐ なし 疾患名 []		
	2、医師による食事などの制限はありますか。 食事制限 …………… ☐ あり ☐ なし 運動制限 …………… ☐ あり ☐ なし 制限内容 []		
面談等について 保健指導員が 使用する 連絡先	勤務先	※ 支店・部署名あればそちらも記載してください。	
		TEL	
	【RIZAP 必須】		
	連絡がとれる自宅・携帯の番号		
	【RIZAP 必須】	※ ショートメール（SMS・電話番号によるメール）不可。	
メールアドレス			
面談の都合が悪い 曜日・時間帯など			

ご協力ありがとうございました。お勤め先へ提出してください。後日改めて実施機関等をお知らせいたします。