

令和4年度 にぎたつウェルネス合宿 受講申込書

希 望 す る 開 催 日	<input type="checkbox"/> 令和4年10月22日(土) ~ 令和4年10月23日(日) <input type="checkbox"/> 令和4年11月19日(土) ~ 令和4年11月20日(日)				
組 合 員 証 記 号 番 号	公立媛 (7ケタ)	非 組 合 員 は 職 名			
所 属 所 名 (勤 務 校 等)			特定保健指導 の 判 定	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	
フ リ ガ ナ 受 講 者 氏 名					
書 類 送 付 先 住 所	〒				
連 絡 先 電 話 番 号					
一 緒 に 参 加 す る 家 族 等	フ リ ガ ナ 氏 名	続 柄	被 扶 養 者 の 資 格	同 居	特定保健指導 の 判 定
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当

対象参加区分（ご自身で確認の上、該当する区分の太枠チェック欄に○をつけてください。）

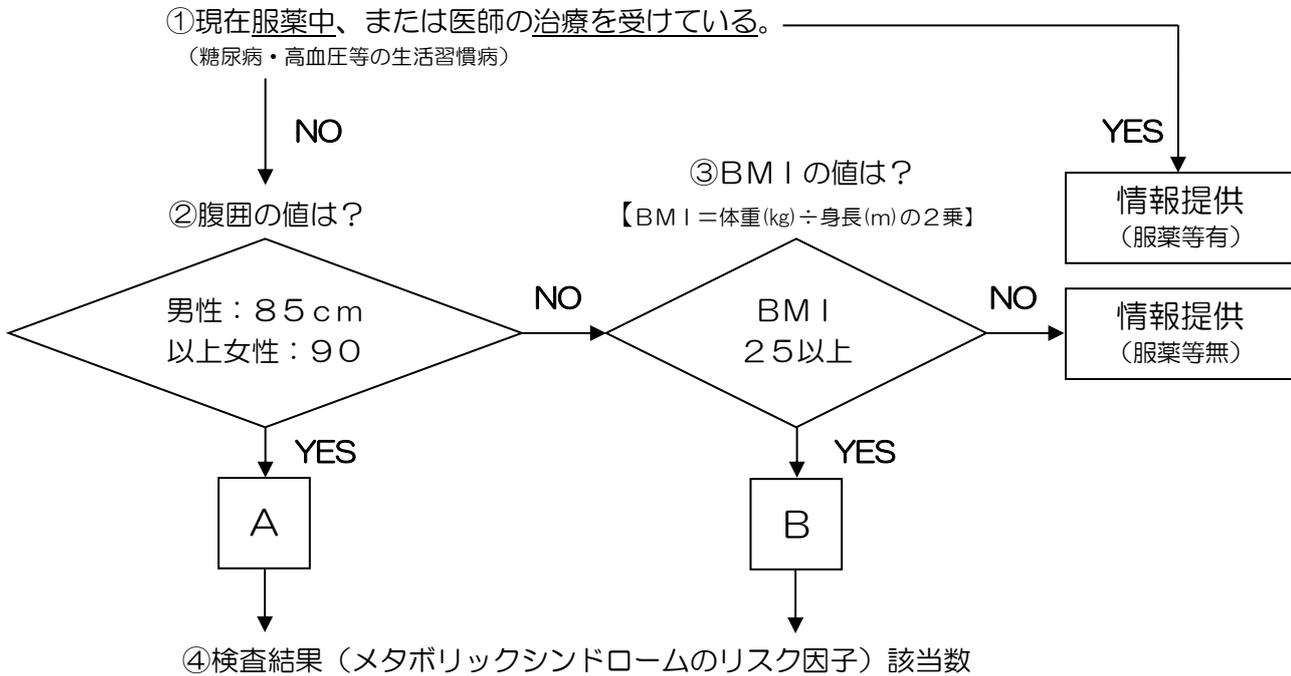
区 分	特定保健指導の判定	参加費	チェック欄
組合員	特定保健指導対象者	4,000円	
	特定保健指導非対象者	4,500円	
被扶養者	特定保健指導対象者	4,000円	
	特定保健指導非対象者	4,500円	
被扶養者でない配偶者又は同居の父母		7,000円	
被扶養者でない家族		9,000円	
関係所属所職員（組合員以外）		10,000円	
任意継続組合員または、その被扶養者	特定保健指導対象者	8,000円	
	特定保健指導非対象者	9,000円	

特定保健指導について（※）

裏面のフローチャートにより、特定保健指導の判定ができます。動機付け支援及び積極的支援となった場合は、特定保健指導対象者です。合宿終了後に特定保健指導を希望しますか？（特定保健指導実施機関：株式会社アス）	はい・いいえ
---	--------

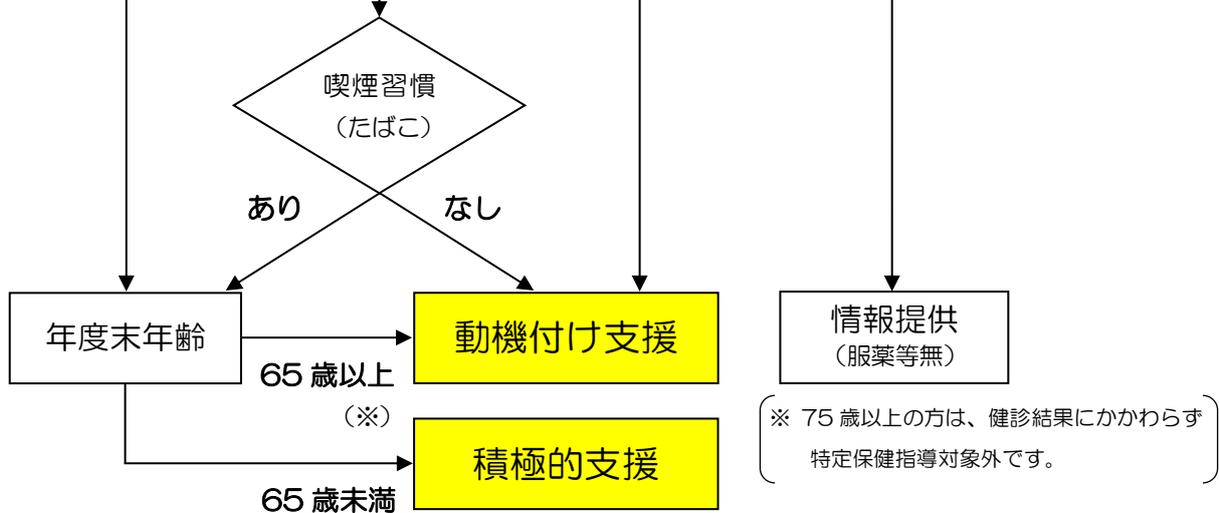
(※) 希望された場合、合宿終了後に特定保健指導を受けていただきます。上記の回答が『いいえ』または今年度既に特定保健指導を開始されている場合は、合宿の参加は可能ですが、合宿での特定保健指導を受けることはできません。なお、合宿後の継続支援等にかかる自己負担額はありませぬ。

健診結果による判定基準フローチャート



- 血糖 (空腹時血糖(GL) 100mg/dl以上またはHbA1c 5.6%以上)
- 脂質 (中性脂肪(TG) 150mg/dl以上またはHDLコレステロール 40mg/dl未満)
- 血圧 (収縮期 130mmHg以上または拡張期 85mmHg以上)

A: 2つ以上該当	1つ該当		該当なし
B: 3つ該当	2つ該当	1つ該当	該当なし



※最新の健診結果(定期健康診断・人間ドック等)で判定してください。
今年の結果が出ていない場合は、昨年の健診結果でもかまいません。
※情報提供該当者で服薬等のある方は、かかりつけの医師に相談の上、ご参加ください。
※フローチャートで判定できない場合は、申込時点では非対象者として選定いたしますが、参加決定後、当支部保有のデータで判定することができた場合、参加者本人に希望の確認をさせていただくこともございます。