

太枠内を記入し F A X で請求してください

(送付文不要 F A X 番号：0 2 5 - 2 8 4 - 2 8 8 1)
 公立学校共済組合新潟支部 健康管理係 行

年 月 日

特定保健指導利用券等請求書

公立学校共済組合新潟支部長 様

特定保健指導について、下記の通り利用を希望します。

氏 名		
組合員番号		
所 属 名		
特定保健指導 利用方法 (○をつけて ください)	実施方法 (番号に○をつけてください)	今後の予定等 (詳細は送付書類等をご確認ください)
	1. 所属訪問型特定保健指導 (対面又は I C T により実施) (S O M P O ヘルスサポート)	S O M P O ヘルスサポートから所属あてに案内書類が送付されます。S O M P O ヘルスサポートからの面談予約の架電をお待ちください。
	2. 所属訪問型特定保健指導 (I C T により実施) (R I Z A P)	共済組合から所属あてに案内書類を送付します。ご自身で利用予約を行ってください。
	3. 検診機関での特定保健指導	共済組合から所属あてに特定保健指導利用券及び検診機関一覧表を送付します。ご自身で検診機関に予約を行ってください。