

宛先：健康管理係（FAX 025-284-2881）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名（署名） \_\_\_\_\_

### 特定保健指導利用方法変更届

このことについて、下記のとおり特定保健指導の利用方法を変更します。

記

1 職員所属・氏名

所 属 名 所属コード	職 員 氏 名 職員コード

2 人間ドック受診検診機関名及び受診日

検診機関番号 ( )

検診機関名称 \_\_\_\_\_

受 診 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3 変更理由

人間ドック当日に特定保健指導を受診しなかった理由について、次のうち該当するものに☑をいれてください。

チェ ック	人間ドック当日に特定保健指導を利用しなかった理由	今後の予定等
<input type="checkbox"/>	医療機関を受診中であり、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の服薬中又は服薬を始める予定	特定保健指導の対象外となりますので、引続き医療機関で治療し、生活習慣の改善等に取り組んでください。
<input type="checkbox"/>	前年度の保健指導を継続利用中	引続き、前年度の保健指導をご利用ください。
<input type="checkbox"/>	当日、時間の都合がつかなかった。	特定保健指導をご利用ください。 方法は、共済組合委託業者による所属訪問型特定保健指導または検診機関での特定保健指導を選択できます。
<input type="checkbox"/>	その他 (以下に理由をご記入ください。)  ( _____ )	<b>希望する特定保健指導利用方法を選択し、本届にあわせて「特定保健指導利用券等請求書」を当組合へご提出ください。</b>

(注)・人間ドック受診者は、検査の結果、特定保健指導に該当した場合、原則として指導を受ける必要があります。

・特別な理由により、特定保健指導を辞退する場合は、共済組合へ電話連絡してください。