

特定保健指導対象者の事業所あて通知の不同意申出書

2016 年度の特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導を実施するための情報を所属事業所に通知されることに同意できないことを申し出ます。

ご注意ください

この「特定保健指導の事業所通知不同意申出書」(以下「不同意申出書」といいます。)は、2016 年度末時点で 40 歳以上の方で健診結果により特定保健指導対象者であることを、当共済組合又はその委託先から所属事業所へ通知されることに同意いただけない方のみご提出をお願いします。

なお、任意継続組合員の方及び被扶養者の方は、事業所を通じた特定保健指導の対象外となるため、提出は不要です。

当共済組合が所属事業所へ提供する特定保健指導対象者リスト利用目的、項目及び送付方法
組合員の特定保健指導を所属事業所が指定する場所で行うため、「不同意申出書」を提出されず、特定保健指導の対象者に該当した場合は、所属事業所に特定保健指導の対象者リスト(通知項目:「所属部署名」、「組合員番号」、「氏名」及び「支援レベル」)を郵送で送付します。

提出期限は 2016 年 9 月 9 日(金)(共済センター 助成担当あて 必着)です。

「不同意申出書」を提出された方が特定保健指導の対象者に該当した場合は、委託先からご記入いただいた「申出人の住所」あてに、対象者に該当した旨の通知文書を送付しますので、健康管理施設での特定保健指導を希望される場合は、通知文書に記載されている連絡先まで電話連絡をお願いします。

特定保健指導の対象者に該当しなかった場合は、特段の連絡は行ないません。

申出年月日	2016 年			月	日
申出人のお名前					
申出人の生年月日(西暦) (1977年4月1日以降の生年月日の方は対象外です。)	(西暦)	年	月	日	
組合員証番号 (0から始まる8ケタの数字になります。)	0				
申出人の住所 (対象者に該当した場合の通知文書送付先)	〒 -				
昼間連絡先(電話番号)	- -				自宅 携帯
事業所名等	区分 1 (いずれかの をレ点でチェックしてください。 その他の場合は、カッコ内に名称をご記入ください。)	日本郵政株式会社 日本郵便株式会社 株式会社ゆうちょ銀行 株式会社かんぽ生命保険 その他 ()			
	区分 2 (下線部分に事業所名及び部署名を記入してください。)	事業所名 <hr/> 部署名			

* 特定保健指導の対象者に該当した場合、必要な範囲で上記記載内容を特定保健指導の委託先に提供することがあります。