

特定保健指導実施申込書

個人用

申込日 令和 年 月 日

申込者記入欄 (必ずご本人がご記入ください)	健康保険組合名	観光産業健康保険組合		
	被保険者証	記号		番号
	事業所名称			
	フリガナ		本人・家族	☐ 本人 ☐ 家族
	氏名			
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	☐ 男性 ☐ 女性
	個人情報の取扱いについて	☐ 同意する ☐ 同意しない(一部不同意) ※右記のQRコードより、「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、 ☒ を付けてください。 		
	希望実施方法 ☒ を付けてください。	☐ 施設内面接 ☐ リモート面接 ※Zoom利用・スマホ不可		
	実施希望委託機関  (一覧)QRコード	施設内面接希望の場合のみ、下記の実施希望委託機関をご記入ください。 コード 委託機関名 1. 東振協HP『特定保健指導委託機関一覧』からお選びください。 https://www.toshinkyō.or.jp へアクセス→特定保健指導→契約委託機関一覧 2. 特にご希望のない場合は、下記の連絡先住所の近くを選定させていただきます。 ※ 健診を受けた契約医療機関が保健指導を実施している場合は原則として優先		
	連絡先	書類を送付いたします。下記の1～3に○をつけ、その住所をご記入ください。 1.事業所 〒 - 2.自宅 3.出向先 (3.出向先名称:) 日中連絡可能な番号をできれば2つご記入ください。 1.携帯 — — 最寄駅 線 駅 2.会社 — — 車 3.自宅 — — あ り ・ な し		
実施希望時期 時期・時間帯・曜日に○を付けてください。	時期： 月 の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時間帯： 午前 ・ 午後 曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。			
連絡事項等 事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。	例)・日本語による会話が難しいため本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。 受付番号			

※特定保健指導は、(一社)東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)に委託して実施します。
※委託先の東振協は、本申込書を基に実施委託機関に実施日時等の調整を依頼します。
※申込者の漢字氏名については、システムの都合上、常用漢字とさせていただきます。
※リモート面接の場合、利用する機器類(スマホ不可)の準備及び通信費の負担は申込者側でお願いします。利用アプリ:「Zoom」

委託機関記入欄	委託機関名	<コード> (ご担当者名)
	実施予定日時	令和 年 月 日 () : ~ :
	保健指導者名	☐ 医師 ☐ 保健師 ☐ 管理栄養士 ☐ 看護師 ※ いずれかに☑をしてください。

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)にご返信ください。