

常務理事	係

## 特定保健指導利用券 申請書

申込期間: 当該年度4月～2月の間

区 分 (○を付けて下さい)		積極的支援 ・ 動機付け支援 ・ 動機付け支援相当		
ふりがな		生年月日	昭和	年 月 日
受診者氏名			平成	
保 険 証 号		保 険 証 号		
住 所	〒			
(受診者が被扶養者の場合) 被保険者氏名		事業所名		

★この申請書は、当該年度における40歳～74歳の方が、「特定保健指導」を  
健保連本部等と一括して契約した健診機関(集合契約機関)で、受診していただくときに必要となるものです。

◎ この申請書で申し込まれる前に、必ずご自身で、次のことのご確認をお願いいたします。

- 特定保健指導の対象であるか、健診結果をご確認下さい。
- 既に人間ドック受診先で特定保健指導を受けられている方は利用券を使用できません。
- 「高血圧、糖尿病、脂質異常症」に関する服薬等の治療を受けている方、治療開始予定の方は特定保健指導の対象外です。
- 当健保組合を脱退(会社を退職等)される場合は、「利用券の有効期限」内であってもご利用出来ません。

### <特定保健指導とは>

生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門職(保健師、管理栄養士など)が生活習慣を見直すサポートをします。  
この特定保健指導は将来の生活習慣病を予防するための大切なものです。  
対象となった方は必ず受診していただきますようお願いいたします。

**\* 特定保健指導の対象か否かは、健診結果に記載されております。  
「積極的支援」、「動機付け支援」、「動機付け支援相当」と記載されている方が対象です。**

◎お問い合わせ先: ミツバ健康保険組合  
(〒376-0023 桐生市錦町2-2-14 TEL0277-44-1209)