

事業所訪問 申込書

記号		事業所名称						
住所								
訪問日時	第1希望	令和	年	月	日	:	~	:
	第2希望	令和	年	月	日	:	~	:
	第3希望	令和	年	月	日	:	~	:
申込者氏名				所属部署名				
電話番号	(内線)			役職名				
参加予定人数	名	申込日	令和	年	月	日		

1. お聞きになりたい内容を選択 してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 健診結果、医療費情報等に基づく健康状態と課題の把握 ※訪問時の基本となる資料を作成いたします
<input type="checkbox"/> 健診関係 <input type="checkbox"/> 保健指導関係 <input type="checkbox"/> 栄養指導関係 <small>※受診率の改善に向けた取組み方法、指導の申込方法など、特記事項がございましたらご記入ください</small> ()
生活習慣の改善 (<input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> その他) <small>※特に課題と認識されている事などがございましたらご記入ください</small> ()
健康優良企業(健保連東京連合会)の申請 (<input type="checkbox"/> 銀の認定 <input type="checkbox"/> 金の認定) 健康経営優良法人(経産省)の申請 (<input type="checkbox"/> 大規模法人部門 <input type="checkbox"/> 中小規模法人部門) <input type="checkbox"/> 健康スコアリングレポート(厚労省作成)の提供 ※被保険者が50名以上の事業所対象 <input type="checkbox"/> 「健康宣言」(健保連大阪連合会)の申請 <input type="checkbox"/> 健康経営全般、導入方法、メリットなど
<input type="checkbox"/> 出版健保の保健事業(健康支援サイト/マイヘルスウェブ、各種セミナー、各種健診・検査、予防接種、健康相談、スポーツイベント、広報誌、HPなど)

2. その他(上記以外でお聞きになりたいこと、ご要望等がございましたらご記入ください)

【 お申込み先 】

事業管理部 事業推進課 kikaku@phia.or.jp

03-3292-5009

大阪支部 総務課 hokenshi-osaka@phia.or.jp

06-6944-4300