

令和6年度特定保健指導申込書 (兼確認書)

- ☑ 申込の目的…自身の動脈硬化等の重症化予防のため、特定保健指導に申し込みます。
- ☑ 委託先3社から選択可能…面談場所・方法等の違い等を理解した上で1社を選択しました。
- ☑ 服薬状況に関する確認事項…a～dの各々について、確認し(該当する項目に○を付け)ました。

【申込書の提出について】

- ◆ 医師による保険診療(窓口負担3割)を希望される方や概ね3か月以内に退職を予定されている方は、申込をお控えください。
- ◆ 誤送信にご注意の上、メール添付(送信先: info@likekenpo.com)またはFAX(06-6362-1132)にてご提出ください。
- ◆ 郵送も可能です(切手代は自己負担となります。宛先: 〒530-0017 大阪市北区角田町8-1 ライク健康保険組合 保健事業担当)。
- ◆ 内容確認が済み次第、選択された保健指導機関指定のURLにご記入事項や健診結果をアップロードします。連絡が来るまでお待ちください。

| | | | | | |
|---------|-------|------------------------|----------|----|-----|
| フリガナ | 保険証記号 | 生年月日(西暦) | 19 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 保険証番号 | 電話番号① (個人携帯) | | | |
| メールアドレス | | 電話番号② (①で連絡がつかない場合) | (自宅・勤務先) | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| 右の中から1社に☑を付けてください | <input type="checkbox"/> SOMPOヘルスサポート(株) | <input type="checkbox"/> スグウェルネス(株) | <input type="checkbox"/> RIZAP(株) |
| 面談場所・方法 (ご希望のものに☑を付けてください) | <input type="checkbox"/> 自宅(対面) <input type="checkbox"/> 勤務先(対面) <input type="checkbox"/> スマホ/PC(zoom) | <input type="checkbox"/> スギ薬局店舗(対面) <input type="checkbox"/> スマホ/PC(zoom) <input type="checkbox"/> 勤務先(対面) | <input type="checkbox"/> スマホ(アプリ)のみ |
| 主な特徴 (詳細は各社チラシをご参照ください) | ・豊富な指導実績 ・初回面談は対面だけでなくzoomも可能 ・アプリに限定しない支援(メール/電話も可) ・当組合との契約…R3年度～ | ・スギ薬局店舗で初回面談可(参加特典あり) ・WEBに限定しない支援(メール/電話も可) ・『生活習慣病リスクレポート』(同封) ・当組合との契約…今回初 | ・chocoZAPが無料利用可(初回面談後) ・中間面談あり(何かと相談できる) ・計測用の体組成計等のプレゼントあり ・運動や食事に関する動画が豊富 ・当組合との契約…R5年度～ |
| 初回面談の日程調整 | ご記入の携帯番号宛への連絡をお待ちください (調査欄へのご記入内容を基に日程案が提示されます) | ご記入の携帯番号宛への連絡をお待ちください (調査欄へのご記入内容を基に日程案が提示されます) | ご記入のアドレス宛へのメールをお待ちください (希望日時等、WEBでの入力方法等の説明があります) ※2か月余かかります(月ごとに受付メチがあるため) |
| 発信元メールアドレス/電話番号 | 0120-559-870 | 050-3528-5548 | rizophoujin-tokuho@rizapgroup.com |
| 曜日・時間 | ご希望の曜日に○を付けてください 月・火・水・木・金・土・日 | | 9時～正午・正午～18時・18時～20時 |
| | ご希望の時間帯に○を付けてください | | 10時～13時・13時～18時・18時～21時(平日のみ) |
| 場所 | スギ薬局店舗希望の方は店舗名をご記入ください | 〒 | 情報漏えいの可能性についてですが、当組合HP「お知らせ」に掲出のとおり、当組合の委託業務とは直接関連していないものとの結論に至りました。また本業務委託を継続することについては、令和7年2月開催の組合会において承認されました。ですが、これらは当組合内の事実であって、本委託先における再発リスクゼロを確約するものではありません。本委託先を選択申込される際には予めご承知おきください。 |
| | ご自宅希望の方はご記入ください | 〒 | |
| | 勤務先希望の方はご記入ください | 〒 | (勤務先名) |

※面談方法や場所等の事前の調査であり、この用紙への記入をもって事前に確約されるものではありません。

※勤務先での面談を希望される場合は、日程が決まり次第、面談場所の確保をお願いいたします。

確認事項

※ a～cのいずれかに該当 →当組合への保険請求履歴にて事実確認します。直接お電話・メールする場合があります。本事業は、保険診療と併用できません。服薬治療等されている場合、そちらに専念していただくこととなります。

| | |
|------|-------------------------------------|
| 該当に○ | ご自身の現在の服薬状況についてお聞かせください |
| a | 血圧を下げる薬を病院で処方され服薬している |
| b | インスリン注射 または 血糖を下げる薬を病院で処方され服薬している |
| c | コレステロール または 中性脂肪を下げる薬を病院で処方され服薬している |
| d | a,b,c.に当てはまる処方薬は服薬していない |