

# 特定保健指導

始

組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

(様式第1号)

令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

〒 ( )

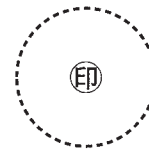
所在地

保健指導機関名

代表者名

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

## 特定保健指導実施報告書（開始時）

特定保健指導について下記の通り実施いたしましたので報告します。

太枠内は全てご記入ください

該当する支援に☑を付けてください

支援内容	記号 - 番号	—	区分
<input type="checkbox"/> 動機付け支援 <input type="checkbox"/> 動機付け支援相当 <input type="checkbox"/> 積極的支援 <input type="checkbox"/> 初回未完了	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	健診日	令和 年 月 日	
	開始日	令和 年 月 日	
		※令和 年 月 日	※初回面接の分割実施を行った場合のみ2回目の日付をご記入ください。
組合使用欄		整理番号	

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預金 種別	普通・当座
		銀行コード	店番		
	フリガナ			口座 番号	
	口座名義				

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

- [注] 1. この報告書は、原則として開始日より20日以内に提出してください。  
初回未完了の場合は、1回目を行った日から3か月経過した日より20日以内に提出してください。
2. この報告書には、特定保健指導支援計画書又は、標準的なデータファイルに基づくXML形式データを添付してください。

# 特定保健指導受診の流れ

## ☆被保険者の方☆

原則、お勤め先での実施となります。ご担当者からの案内をお待ちください。

## ☆被扶養者及び任意継続の方☆

### ① 実施機関を選び、予約しましょう！

- 委託医療機関またはSOMPOヘルスサポート株式会社からお選びいただけます。当組合ホームページよりご希望の実施機関を選択し、直接予約をお取りください。
- 予約の際に東京都医業健康保険組合の組合員である事をお伝えください。

こちらからも  
検索できます！



### ② 初回面接（特定保健指導開始）

- 当日お持ちいただくもの
  - ・ 特定保健指導実施報告書（この用紙の裏面）
  - ・ 特定健診のお知らせ
  - ・ 被保険者証
  - ・ 実施機関より依頼されたもの

無料で受けられます♪  
(注)



(注) 実施機関までの交通費等は自己負担となります。

## ⚠️ 特定保健指導を受けられない方 ⚠️

- 「高血圧」「糖尿病」「脂質異常」と診断を受けて服薬をされている方、又は服薬を開始された方。
- 当健保組合の資格を喪失された方。

※ また、特定保健指導開始後、下記の事由が生じた場合も特定保健指導を受けることができなくなりますので、必ず実施機関へ連絡してください。

- ① 「高血圧」「糖尿病」「脂質異常」と診断を受けて服薬を開始された場合。
- ② 当健保組合の資格を喪失された場合。
- ③ 転居・転勤・妊娠等で、特定保健指導を継続することが困難となった場合。

☺その他ご不明な点は、当組合施設課まで！！

TEL03-3353-4311（代表）