

令和 年度 健康診査実施計画票

事業所の記号		事業所名			
担当者部課役職		氏名		TEL	

1. 生活習慣病予防健診について

(1) 本社に勤務する被保険者（次のアまたはイを○で囲んでください）

ア.（A方式で実施）健保組合が委託契約した健診機関で実施する。

【実施希望月 月 月】

イ.（B方式で実施）事業主が委託した健診機関で実施し、補助金を請求する。

※「特定健診に関する結果データ」を月ごとに取りまとめ実施月の翌月 20 日までにご提出ください。

【実施希望月 月 月】

(2) 支社・支局に勤務する被保険者（次のアまたはイを○で囲んでください）

ア.（A方式で実施）東京・大阪・仙台・福岡地区は、東振協Bコースで実施する。

※健診機関に予約をする際は、「東振協 B コースで受診する」旨を必ず申し出るよう受診者に伝えてください。（健診機関に伝わらないとトラブルになります。）

※受診票の交付はありませんが、健保組合にも届出が必要です。

イ.（B方式で実施）事業主が委託した健診機関で実施し、補助金を請求する。

※「特定健診に関する結果データ」を月ごとに取りまとめ実施月の翌月 20 日までにご提出ください。

【実施希望月 月 月】

2. 人間ドックについて（次のアまたはイを○で囲んでください）

ア.（A方式で実施）健保組合が委託契約した健診機関で実施する。

イ.（B方式で実施）事業主が委託した健診機関で実施し、補助金を請求する。

※「特定健診に関する結果データ」を月ごとに取りまとめ実施月の翌月 20 日までにご提出ください。

【実施希望月 月 月】