

# 平成 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（次のア又はイを○で囲んでください）

ア 健保組合の委託契約した健診機関で実施（A方式）する。

〔実施希望月 月 月〕

イ 事業主が委託した健診機関で実施（B方式）する場合（の健診）

補助金請求分に係る特定健診に関する結果データを実施月ごとに取りまとめ翌月20日までに提出願います。

健診実施予定月（実施予定月に○印）												
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	

(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 健保組合の会場健診（東京・大阪・仙台・福岡地区）で実施（A方式）する。

希望の受診時期を○で囲んでください。また、受診予定者数を記入してください。

健 診 会 場 （ 健 診 機 関 ）	受 診 時 期		受診予定者数
東京地区 （船員保険芝浦健康管理センター）	春 季	5 月	名
	秋 季	9・10 月	名
大阪地区 （オリエンタル労働衛生協会大阪支部）	春 季	6 月	名
	秋 季	11 月	名
仙台地区 （エスエスサーティ健康管理センター）	秋 季	10 月	名
福岡地区 （船員保険福岡健康管理センター）	春 季	6 月	名
	秋 季	11 月	名

イ 事業主が委託した健診機関で実施（B方式）する場合

補助金請求分に係る特定健診に関する結果データを実施月ごとに取りまとめ翌月20日までに提出願います。

健診実施予定月（実施予定月に○印）												
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	

## 2. 人間ドックについて

(次のア又はイを○で囲んでください)

ア 健保組合の委託契約した健診機関で実施（A方式）する。

イ 事業主が委託した健診機関で実施（B方式）する場合

補助金請求分に係る特定健診に関する結果データを実施月ごとに取りまとめ翌月20日までに提出願います。

健診実施予定月（実施予定月に○印）												
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	

※ 事業主が委託する健診機関で実施する（B方式）場合で、先に連絡済（実施計画票等で）の委託健診機関に削除又は追加が生じた場合について、下記にご記入願います。

削除又は追加の別	健 診 機 関 名
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL
削除 ・ 追加	TEL

※ この計画票は3月末日までに所轄の本部又は支部あて郵送またはFAXにより提出してください。

FAX送付先	本 部 03-3238-1047	北海道・東北支部 022-299-5530
	中国・四国支部 082-242-2854	九州支部 092-714-7632