この用紙は〇月〇日までにご提出ください

特定保健指導対象者一覧表【回答表】

健康保険組合名（　〇－〇　）　東京都電機健康保険組合
事業所記号　　（　〇　）

対象者抽出人数　　〇名

番号	名前	性別	年齢	健診日	階層化区分	回答欄
1	健保　太郎	男	45	R〇年〇月〇日	動機づけ支援	

SAMPLE

回答欄にご希望する番号を記入し、FAX（03-3837-1270）またはご郵送にてご提出ください。

① 担当者申込　　② 個人申込

113-8566
東京都文京区湯島 3-15-4
東京都電機健康保険組合
健康推進課　宛