

○ご提出は 組合あて FAX (045-222-7718) にて、必ずお願いいたします。

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

特定保健指導の対象者と判定された皆さまへ( 年度)

## 服薬に関する届 (服薬の有無について、再度お知らせください)

提出期限： 年 月 日 ( )

### ●服薬の有無

次のうち、健診時に1種類でも服薬をしていれば、下の欄に○印をお願いします。

- 1) 血圧を下げる薬
- 2) インスリン注射または血糖を下げる薬
- 3) コレステロールや中性脂肪を下げる薬



	<p>① 服薬している</p> <p>→ 特定保健指導を受けていただく必要はありません。</p>
	<p>② 服薬していない</p> <p>→ 特定保健指導を必ず受診してください。</p> <p>(受診の際には「特定保健指導利用券」が必要となります。) 紛失した方は再交付いたしますので、ご連絡をお願いします。</p>

※ ①もしくは②のどちらかに、○印を記入し、必ずご提出ください。

《お問い合わせ》

神奈川県医療従事者健康保険組合 給付担当

TEL 045 (641) 3400

FAX 045 (222) 7718