

変更申請届

〒520-0812

滋賀県大津市木下町10番10号

一般財団法人 近畿健康管理センター 健康支援センター

FAX 077-525-3384

この度は、近畿健康管理センターの特定保健指導サービスをご利用いただきありがとうございます。継続支援を含むサービスを円滑にご利用いただくために、下記の項目・その他の変更事項が発生された場合は、ご連絡をいただけますよう、お願い申し上げます。

申請の際は該当項目に○印を記入の上、FAXもしくは郵送にてご連絡をお願いいたします。

A. 以下の場合、ご連絡をお願いいたします。

1. 健康保険組合の脱退 ⇒ 年 月 日付け

2. 下記疾患で内服治療を開始しました。(該当項目に○印をお願いします)

() 高血圧症

() 高脂血(脂質異常)症(高コレステロール・高中性脂肪など)

() 糖尿病

B. 連絡先変更

1. 送付先住所

2. 連絡先電話番号

3. 氏名

1. 自宅 2. 職場(部署名:)

〒



※下記につきましては必ずご記入下さい。

氏名	
保険証の記号・番号 (区分)	
医療保険者名	
事業所名	

FAX番号 077-525-3384

(→健康情報事務C 保健事業P)