

「健康保険組合連合会石川連合会 健康企業宣言実施結果報告書」

◎各質問を読んで、「できている」に○印を付けた場合には実績報告欄をご記入下さい。状況に応じて別紙を使用していただいても構いません。
また、報告内容確認の為に資料等の追加をお願いする場合がありますのでご了承ください。

質 問	でき ている	概ね、 でき ている	でき てい ない	実績報告欄
健康宣言の社内外への発信は行っていますか？				
経営者自身は健診を受診していますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診機関名： ・ 健診受診日： 年 月 日
職場の健康づくりの担当者を決めていますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者氏名：
従業員は健診を100%受診していますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者数： 人 ・ 受診者数： 人
社員の家族（40歳以上）に対し、特定健診の受診勧奨を行っていますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施方法について詳しくご記入下さい。
定期健診等の結果、「精密検査が必要」「要治療」の従業員に対して、受診を促す取組みを行っていますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 取組みについて詳しくご記入下さい。
従業員に対し、がん検診等の任意検診の受診を促す取組みを行っていますか？				<ul style="list-style-type: none"> ・ 取組みについて詳しくご記入下さい。

質 問	でき ている	概ね、 できて いる	でき てい ない	実績報告欄
全ての事業場において、敷地内禁煙、屋内完全禁煙又は喫煙室内以外禁煙を行っていますか？				<p>該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>敷地内禁煙 <input type="checkbox"/>屋内完全禁煙 <input type="checkbox"/>喫煙室内以外禁煙</p>
メンタル不調者に対する相談窓口を設置していますか？				<p>・設置日： 年 月 日</p>
メンタル不調者が出た場合の支援体制の整備をしていますか？				<p>※体制の詳細をご記入下さい。</p>
定期健診等の結果、特に健康の保持に努める必要がある場合、医師又は保健師による保健指導の機会を提供していますか？				<p>※体制の詳細をご記入下さい。</p>
保険者による特定保健指導の実施を促すための取組みを行っていますか？				<p>該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>特定保健指導日の就業時間認定 <input type="checkbox"/>特定保健指導日の特別休暇認定</p> <p><input type="checkbox"/>特定保健指導実施場所の提供 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
従業員の食生活の改善に向けた普及啓発等の取組みを継続的に行っていますか？				<p>・取組みの詳細についてご記入ください。</p>
従業員の運動機会の増進に向けた取組みを継続的に行っていますか？				<p>・取組みの詳細についてご記入ください。</p>
女性特有の健康課題に対応する環境の整備や、従業員が女性特有の健康課題に関する知識を得るための取組みを継続的に行っていますか？				<p>・取組みの詳細についてご記入ください。</p>
従業員の感染症予防に向けて予防接種に要する時間の出勤認定、感染者の出勤停止等、感染予防や感染拡大防止に向けた取組みを行っていますか？				<p>・取組みの詳細についてご記入ください。</p>
過重労働防止に向けて、長時間労働者が発生した場合の対策等を行っていますか？				<p>・対策の策定日： 年 月 日</p> <p>・対策の内容：</p>

質 問	でき ている	概ね、 でき ている	でき てい ない	実績報告欄
歯・口腔の健康への取り組みを行っていますか？（努力項目）				<ul style="list-style-type: none"> 取組の詳細についてご記入ください。
保険者に対し、40歳以上の従業員の健診データを提供していますか？				健康保険組合で確認いたします。
50人以上の事業場はストレスチェックを実施していますか？				<ul style="list-style-type: none"> 実施日： 年 月 日 実施対象者： 人 実施者： 人
過去3年間に従業員の健康管理に関する法令に関する重大な違反はありませんか？		—		

上記のとおり健康企業宣言実施結果を報告いたします。
年 月 日

事業所名

事業主名



ご担当者名

ご連絡先電話番号