

特定保健指導の対象外申出書

次の理由により、特定保健指導の対象外であることを申し出ます。

※ 該当項目の右欄に○をしてください。

1. 妊産婦である。(妊娠中または出産後 1 年以内の者)	
2. 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている。	
3. 国内に住居を有しない。	
4. 病院または診療所に 6 月以上継続して入院している。	
5. 障害者支援施設、重度知的障害者総合施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホームまたは介護保険施設へ入所している。	
6. 糖尿病、脂質異常症または高血圧のため、すでに医師の下で薬物治療を受けている。	
7. 組合員、任意継続組合員または被扶養者資格を喪失した。	

鳥取県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

組合員証記号番号 (—)
申 出 者 氏 名

申出者が代理人の場合のみ記入してください。

対象外の者の氏名 (※)

対象外の者との続柄

連絡先電話番号

※ 特定保健指導利用券に記載されている「受診者氏名」を記入してください。

***** 提出の際は、必ず「特定保健指導利用券」を添付してください *****