

減量チャレンジ申込書（減量宣言書）

事業所名	株式会社 ○○○○ ○○○○店・部			
被保険者証の記号番号	記号	○○	番号	○○○○
被保険者氏名	健保 太郎		性別	男・女
チャレンジャー氏名	健保 太郎		1	被保険者本人
			2	被扶養者
チャレンジャー生年月日	昭和・平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生			
申込時の体重	○○ . ○ kg（小数点第一位まで記入して下さい）			
申込時の標準体重	標準体重 = 身長 (m) × 身長 (m) × 2.2 ○○ . ○○ kg = 1. ○○ m × 1. ○○ m × 2.2			
チャレンジ実施期間	令和 ○年 ○月 ○日～令和 ○年 ○月 ○日までの3ヶ月間			
チャレンジの理由	生活習慣病対策として			
過去の減量チャレンジ経験	(1) 有（今回が 回目） 【過去の減量経験（約何年前）】 (2) 無（今回が初めて）			
チャレンジ協力者の署名 （家族・上司・同僚）	健保 花子		協力者の関係 家族・上司・同僚	

私は、令和 ○年 ○月 ○日より3ヶ月間で ○ kgの減量を目指します。

そのために、1. ○○○○

2. ○○○○

3. ○○○○

に取り組むことを、ここに宣言します。

令和 ○年 ○月 ○日

チャレンジャー住所

チャレンジャー氏名

印