

記入日	
-----	--

※YYYY/MM/DDの形式でご記入
ください。例)2015/03/01

「データヘルス計画」についての調査票

I 基礎情報 ※ 4 被保険者数等～6 事業所数については平成27年2月28日時点
7 保険料率については平成27年度予算の数値をご記入ください。

1 保険者の名称				
2 種別	保険者種別について該当する番号をご記入ください。		回答欄	
	①単一健康保険組合	②総合健康保険組合	③共済組合	
3 記入担当	④協会けんぽ			
	①所属部署名			
	②氏名			
	③電話			
4 被保険者数等	④E-mail			
	①被保険者数	人	②被保険者数(40～74歳) 再掲	人
5 平均年齢	③被扶養者数	人	④被扶養者数(40～74歳) 再掲	人
	①被保険者	歳		
6 事業所数	②被扶養者	歳		
	数			
7 保険料率	% (平成27年度 調整保険料を含む)			

II データヘルス計画について

1. データヘルス計画の策定について

データヘルス計画の策定について該当する番号をお答えください。

- ① 自前
② 外部委託 ⇒ ア)、イ)へ

回答欄	
-----	--

ア)外部委託先は、どちらの委託事業所ですか？差し支えなければ、お書きください。

回答欄	
-----	--

イ)委託されている内容について該当する番号をお答えください。(複数回答可)

- ① 医療費分析
② データヘルス計画の基礎資料の作成
③ データヘルス計画全般
④ その他 【 】

回答欄	

2. 実施する(保健)事業について

(1)実施する事業名をお書きください。実施事業が多数ある場合、3つまでお書きください。

回答欄	事業【1】	
	事業【2】	
	事業【3】	

6. データヘルス計画を策定する上での課題及び対応について

データヘルス計画を策定する上で課題だったこと及びその対応についてお書きください。

回答欄	課題	
	対応	

備考

～～ ご協力ありがとうございました。～～

ご回答いただいたアンケートの取り扱いは「個人情報の保護に関する法律」に従い、目的の範囲内で利用いたします。

【 アンケートの送付先・問い合わせ先 】

≪東京都保険者協議会 事務局≫

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館 11 階

東京都国民健康保険団体連合会

企画事業部 保健事業担当 保健事業担当係

担 当 柿 本 ・ 飯 田

ダイヤルイン 03(6238)0151

E - m a i l hokenjigyo@tokyo-kokuhoren.or.jp