

パート等勤務先 被扶養配偶者健診結果連絡票

対象者

当健保組合の被扶養配偶者で40歳以上の方

(今年度に当組合の健康診断補助制度のご利用がない方のみ)

提出書類

1、健康診断結果表の写し <令和4年4月1日～令和5年3月31日に受診したもの。>

- パート等勤務先で受診された特定健診項目を含む健康診断結果表の写し。
(特定健診項目については本票下部の※印の内容をご覧ください。)

2、本連絡票

- 本連絡票に必要事項をご記入の上、健康診断結果表の写しと合わせて、同封の返送封筒にてご郵送ください。

重要 健診結果表の検査項目不足や、下記記入欄の記入漏れがあるものは無効となります。

締切

令和5年4月28日(金) 必着

[記入欄] 枠内の全ての項目をご記入ください。

提出日 令和 年 月 日				
保険証 記号・番号 (記号) (番号)	氏名(自署)	年齢	受診日 令和 年 月 日	
受診者連絡先 〒 - TEL - -				
質問項目(該当する口にチェックをしてください。)				
① 現在、以下の薬を使用していますか？				
・血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
② タバコを習慣的に吸っていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

※特定健診項目を含む健康診断結果とは以下の内容を含む結果表です。提出前にご確認ください。

- ◇ 診察 (既往歴、自覚症状、他覚症状)
- ◇ 身体測定 (身長、体重、腹囲、BMIまたは肥満度)
- ◇ 血圧
- ◇ 採血 (GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GTP、空腹時血糖またはHbA1c
中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
- ◇ 検尿 (尿糖、尿たんぱく)
- ◇ 検査以外の必須情報 (健診日、健診実施機関名、医師名)

<個人情報の取り扱いについて>

いただいた個人情報につきましては、国への報告や進呈品の発送及び当健康保険組合における保健事業(特定保健指導や健康増進の案内や受診率などの統計処理等)の法令に基づく範囲でのみ使用します。本報告書の提出をもって、上記取り扱いに同意を得られたものといたします。

受付印