2025年度　勤務先健康診断結果届出書

記入日　　年　　月　　日

1、提出いただく方についてご記入ください

記号		番号	
フリガナ 氏名		生年月日	１９　　年　　月　　日
送付先住所	〒　　―		
電話番号		連絡可能時間帯	午前・午後・いつでも可

2、健康診断結果をお手元に準備し、下記検査項目の健診結果が記載されているか、
<u>チェックをお願いします</u>。（下記全ての項目の記載が無い場合は、クオカード支給対象外となります）

特定健診検査項目	診察		□医師の診断(判定)　□医師名　□既往歴　□自覚症状　□他覚症状
	身体測定		□身長　□体重　□腹囲　□BMI
	血圧		□収縮期血圧　□拡張期血圧
	血液検査	脂質	□中性脂肪　□HDLコレステロール　□LDLコレステロール
		肝機能	□AST(GOT)　□ALT(GPT)　□γ-GT(γ-GTP)
		血糖	□空腹時血糖またはHbA1cまたは随時血糖
	尿検査		□尿糖　□尿蛋白
その他			□受診者氏名　□受診日(2024年4月1日以降)　□受診機関名称

3、服薬・喫煙についてご記入ください。

※こちらの問診は特定健康診査を兼ねておりますので、<u>必ずお答えください</u>。

①血圧を下げる薬を飲んでいますか。	□はい	□いいえ
②インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	□はい	□いいえ
③コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	□はい	□いいえ
④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 「現在習慣的に喫煙している者」とは条件１，２両方満たす者である。 条件１：最近1カ月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	□はい	□いいえ
⑤生活習慣の改善についてこれまでに特定保健指導を受けたことがありますか	□はい	□いいえ

4、ご提出いただくもの

①2025年度勤務先健康診断結果届出書

②パート先等の健康診断結果のコピー(2025年度実施のもの)

③同意書

5、提出期限

2025年度分‥‥2026年 3月 31日(月) 健保組合必着

6、提出先

〒236-0004　神奈川県横浜市金沢区福浦3－10　　日本発条健康保険組合 保健事業担当宛