

2024年度 勤務先健康診断結果届出書

記入日 2024年 月 日

1、提出いただく方についてご記入ください

保険証記号		保険証番号	
フリガナ		生年月日	19 年 月 日
氏名			
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、 チェックをお願いします。(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	<input type="checkbox"/> 医師の診断(判定) <input type="checkbox"/> 医師名 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 自覚症状 <input type="checkbox"/> 他覚症状		
	身体測定	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> BMI		
	血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧		
	血液検査	脂質	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール <input type="checkbox"/> LDLコレステロール	
		肝機能	<input type="checkbox"/> AST(GOT) <input type="checkbox"/> ALT(GPT) <input type="checkbox"/> γ -GT(γ -GTP)	
		血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖またはHbA1cまたは随時血糖	
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白			
その他	<input type="checkbox"/> 受診者氏名 <input type="checkbox"/> 受診日(2023年4月1日以降) <input type="checkbox"/> 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、必ずお答えください。

- 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 はい いいえ
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
- 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

- ①2024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
③同意書

5、提出期限

2024年度分……2025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