

健 保 記 入 欄	補助金額(円)

健 保 押 印 欄	常務理事			担当者

パート先などでの健診結果報告書(40歳以上)

申 請 者 記 入 欄	健康保険 被保険者証	記号		番号		
	被保険者	氏名				
	受診者 (被扶養者)	氏名				
		生年月日	年	月	日	日中連絡がとれる電話番号
	<p>次の問は特定健康診査の必須項目となる問診です。該当する方に☑をして回答をお願いします。 ただし、健診結果に同じ問の記載があり、回答済の場合は不要です。</p>					
既往・現病: 過去、または現在、病院で一定の期間治療を要するような病気にかかったことはありますか？		具体的に記述してください <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
自覚症状: 現在、ご自身の体調に関して、不調を感じていることや気になることはありますか？		具体的に記述してください <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
服薬: 現在、医師の判断や治療のもとで、次の服薬をしていますか？		血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <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				
喫煙: 現在たばこを習慣的に吸っていますか？ [1]最近1か月以上吸っている [2]生涯で6か月間または合計100本以上吸っている		<input type="checkbox"/> a はい [1][2]両方該当 <input type="checkbox"/> b 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない [2]のみ該当 <input type="checkbox"/> c いいえ a、b以外				
<p>2024家族健診促進キャンペーン ※希望する方に☑してください(健診結果が特定健診項目を満たしていない場合は額面が半額になります)</p>						
<input type="checkbox"/>	Amazonギフトカード 1,200円 (Eメールタイプ 委託先(株)インサイト (wellme.jp)よりメールが届きます)	送付先 Eメール	※発送手続きの都合により10月以降に送付を開始します			
<input type="checkbox"/>	QUOカード 1,000円分 (プリペイドカード 書留またはレターパックで送ります)	送付先 住所	〒			

※ 健診結果(写)を添付のうえ健康保険組合へ提出してください
 ※ 提出いただいた特定健康診査の健診結果はマイナポータルと連携します

受付印