

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	300	番号		もし、申請書類に記入漏れや不明な点があった場合は、健保担当者より連絡させていただくことがあります(健保TEL03-3470-2531)
	被保険者	氏名	健保 太郎			
	受診者 (被扶養者)	氏名	健保 花子			
		生年月日	昭和〇年〇月〇日	日中連絡がとれる電話番号	090-0000-0000	
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☑ 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						「ある」を選択した場合、必ず具体的な記述をお
	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?	子宮筋腫(24歳頃) 療中)			☑ ある	☐ 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場所はありますか?	手足が痺れる、疲れやすい			☑ ある	☐ 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	☐ はい	☑ いいえ		
		血糖を下げる薬又はインスリン注射	☐ はい	☑ いいえ		
		コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☑ はい	☐ 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	☑ a はい [1][2]両方該当	☐ 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	☐ c いいえ a、b以外		
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)						
	☐ 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			
	☑ 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	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1 〇〇〇ハイツ1-101			

※ 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