

健診機関 各位

四国電力健康保険組合

特定健診の実施について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は弊組合の保健事業運営に関し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本書持参の者が、貴健診機関での特定健診受診を希望しておりますので、下記
のお願い事項をご一読いただき、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し
上げます。

敬具

記

【健診機関各位へのお願い事項】

1. 受診費用ならびに受診証明書について

受診費用については、受診者本人が、受診に要した費用全額を貴健診機関窓
口にてお支払いいたしますので、貴健診機関所定様式の領収証を発行願います。

あわせて、受診者本人が持参する「受診証明書（弊組合様式）」に「領収済
受診費用」の内容を記載いただき、ご捺印（健診機関印および証明者印）後、
受診者本人へ直接お渡しいただきますようお願いいたします。

○受診証明書への記入内容

1. 「受診費用欄」に健診受診日と費用総額をご記入ください。

（費用総額は特定健診部分のみの金額を記載ください）

2. 受診者が受診した検査項目について、「受診項目欄」の「受診の有無」に○印
を入れてください。

3. 「証明者」については受診証明書へ内容を記載された方とさせていただきます。

※記入いただいた受診証明書を基に、健保から受診者への費用助成（償還払い）を

2. 検査結果について

検査結果については、受診者の持参する「特定健診受診結果票（弊組合様式）
」にご記入いただき、受診者本人へ直接ご通知くださいますよう、お願いいた
します。（貴健診機関所定の健診受診結果票等が、弊組合様式の全項目を網羅
している場合は、貴健診機関所定様式のみでのご通知でかまいません。）

3. 問い合わせ先

四国電力健康保険組合 健診担当まで （直通TEL：050-8801-2789）

以 上

特定健診受診証明書 兼 費用補助申請書(平成26年度版)

四国電力健康保険組合

受診者記入欄

申請日 平成 年 月 日

(注) 記入欄はエンピツ書き不可

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	申請印
会社名			所属名	
日中連絡可能な連絡先			電話 ()	-
受診者 氏名	フリガナ	生年 月日		昭和 年 月 日
	漢字	平成27年3月 末の満年齢	歳	性別 男性 女性
受診者住所	〒 -			

◆健保に費用補助を申請する際の添付書類(必須)・・・特定健診検査結果(写)、質問票

◎本申請書および検査結果等の証拠書類にて取得した個人情報、健診事業運営のために使用し、その他の用途には使用しません。

健診機関記入欄

1. 受診費用

受診日	平成 年 月 日 (曜日)	健診費用計	円
-----	-----------------	-------	---

2. 受診項目

<基本的な健診の項目>

検査内容	受診の有無	検査内容	受診の有無		
質問	問診(特定健診)	有・無	有・無		
身体計測	身長	有・無	血圧		
	体重	有・無		収縮期血圧	
	腹囲	有・無	拡張期血圧	有・無	
	BMI	有・無	肝機能検査		
理学的所見	理学的所見(身体診察)	有・無		GOT	有・無
		血中脂質検査		有・無	GPT
血中脂質検査	中性脂肪		有・無	γ-GT(γ-GTP)	有・無
	HDL-コレステロール	有・無	血糖検査	空腹時血糖	有・無
	LDL-コレステロール	有・無		ヘモグロビンA1C	有・無
尿検査		有・無	糖	有・無	
		有・無	蛋白	有・無	

<詳細な健診の項目>

検査内容	受診の有無	検査内容	受診の有無	
貧血検査	赤血球数	有・無	心電図	
	血色素量(ヘモグロビン値)	有・無		安静時心電図
	ヘマトクリット値	有・無	眼底検査	
		眼底検査(両眼)		有・無

以上のとおり、相違ないことを証明する。

住所

平成 年 月 日

健診機関名

印

証明者

印

(注) 記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押印ください。(修正ペン等は使用しないでください)

健保組合記入欄

<健保補助額計算>

健診費総額	円
窓口負担額	円
健保補助額	円

健保補助額合計	円
---------	---

受付	登録	支払

特定健診受診結果票(平成26年度版)

四国電力健康保険組合

被保険者証 記号・番号	記号	番号	健診受診 年月日	平成 年 月 日 (曜日)		
受診者 氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男性 女性
	漢字		平成27年3月 末の満年齢	歳	被保険者 との続柄	

項目	単位	健診結果	備考・特記事項等
身体計測	身長	cm	
	体重	kg	
	B M I	kg/m ²	
	腹囲	cm	
血圧	収縮期血圧	mmHg	
	拡張期血圧	mmHg	
血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl	
	HDL-コレステロール	mg/dl	
	LDL-コレステロール	mg/dl	
肝機能検査	G O T	IU/l	
	G P T	IU/l	
	γ - G T P	IU/l	
血糖検査	空腹時血糖	mg/dl	
	ヘモグロビンA1C	%	
尿検査	糖		
	蛋白質		
貧血検査	赤血球数	万/mm ³	
	血色素量	g/dl	
	ヘマトクリット値	%	
心電図検査	安静時心電図		
眼底検査	眼底検査(両眼)		

診察 (問診)	既往歴	あり・なし	(ありの場合の内容)
	自覚症状	あり・なし	(ありの場合の内容)
	他覚症状	あり・なし	(ありの場合の内容)
	服薬歴	あり・なし	(ありの場合の内容)
	喫煙歴	あり・なし	(ありの場合の喫煙歴、本数/日)

医師の判断			
実施医師名	メタボリック判定	基準該当	予備群該当
		・	非該当

(※)特記事項等ございましたら、ご記入ください。

平成 年 月 日

住所

<健診機関コード>

健診機関名

印

電話番号

質問票（問診票）

※本書は「各種健診受診証明書 兼 費用補助申請書」「検査結果（写）」と一緒に、必ず全員健保組合へ提出してください。
（健診機関への提出は不要です）

健診種別 (該当に○)	人間ドック		被保険者証 記号・番号	記号	被保険者氏名
	主婦(夫)基本健診				
	特定健診				
会社名		所属			
健診受診 年月日		平成 年 月 日		健診機関名 (病院名)	
受診者 氏名	フリガナ	受診者生年月日(西暦)		受診者性別	
	漢字	年 月 日		1.男 2.女	

質問項目 (必ず全てご回答ください。)		回答 (該当数字を右記入欄に記入してください。)		記入欄
服薬歴	a. 血圧を下げる薬を使用していますか？ (144)	1. はい	2. いいえ	→
	b. インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか？ (145)	1. はい	2. いいえ	→
	c. コレステロールを下げる薬を使用していますか？ (146)	1. はい	2. いいえ	→
喫煙歴	現在、習慣的に喫煙(たばこを吸っている)していますか。 〔「現在、習慣的に喫煙している」… 生涯で合計100本以上、または6ヵ月以上喫煙しており、かつ最近1ヵ月間も喫煙していること (147)〕	1. はい	2. いいえ	→
既往歴はありますか？ 〔「既往歴」… 現在は治癒しているが、これまでにかった病気の履歴 (135)〕		1. はい	2. いいえ	→
詳しい既往歴をご記入ください (125)				
体調について、何か自覚症状はありますか？ (163)		1. はい	2. いいえ	→
詳しい自覚症状をご記入ください (164)				