

配偶者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、弊組合では疾病予防対策の一環として、被扶養配偶者を対象に健康診断の受診を奨励しております。

つきましては、本書持参の者が貴機関での健康診断受診を希望しておりますので、下記のお願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

【お 願 い 事 項】

1. 検査項目について

受診者本人が持参する「配偶者健診受診証明書 兼 費用補助申請書（弊組合様式）」に記載の項目とし、

- ・基本検査項目(身体検査・血圧測定・検尿・血液検査)については、必ず検査を実施してください。
- ・希望検査項目(胸部X線・心電図)については、受診者が希望する場合に検査を実施してください。

○基本検査項目の詳細については、別紙「配偶者健康診断の基本検査項目内容」をご覧ください。

(※心電図は、希望がなくても医師の判断により必要と認めれば実施)

○胸部X線については、間接または直接いずれかの撮影方法による検査といたします。

○婦人科検診項目は、「子宮頸部細胞診」、「マンモグラフィ」、「乳房エコー」の検査のみ記載ください。
それ以外の検査をされた場合は、全額個人負担となりますので、記載しないでください。

○健康診断の扱いであるため、健康保険は適用しないでください。

○「特定健診受診券(無料)」との併用はできませんので、受診者が提示した場合はご返却ください。

2. 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、受診者本人が窓口にて全額をお支払いいたしますので、貴機関所定様式の領収証発行をお願いいたします。

あわせて、受診者本人が持参する「配偶者健診受診証明書 兼 費用補助申請書（弊組合様式）」の「健診機関記入欄」に記載いただき、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くくださいますようお願いいたします。

○受診証明書への記入内容

1. 「基本健診」各欄に婦人科検診以外の受診有無と費用についてご記入ください。

2. 「婦人科検診」各欄に婦人科検診の受診有無と費用についてご記入ください。

※弊組合の費用助成額が、基本健診部分と婦人科検診部分とで異なりますので、分割記載していただきますようお願いいたします。

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。

(注) 文書料は個人負担のため受診費用に含まないでください。

3. 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「配偶者健診受診結果票（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、貴機関所定様式のみでのご通知でかまいません。

4. 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：050-8801-2783）

以 上

配偶者健診の基本検査項目内容

四国電力健康保険組合

項目		内容	検査項目
基本検査項目	身体検査	問診（特定健診）	●
		身長	●
		体重	●
		腹囲	●
		B M I	●
		理学的所見（身体診察）	●
	血圧測定	収縮期血圧	●
		拡張期血圧	●
	検尿	尿糖	●
		尿蛋白	●
		ウロビリノーゲン	●
	血液検査	中性脂肪	●
		H D L - コレステロール	●
		L D L - コレステロール	●
		G O T (A S T)	●
		G P T (A L T)	●
		γ - G T (γ - G T P)	●
		空腹時血糖（食後10時間以上）	○
		ヘモグロビンA 1 C (N G S P 値)	○
		赤血球数	●
		血色素量（ヘモグロビン値）	●
		ヘマトクリット値	●
		白血球数	●
		アルカリフォスファターゼ（A L P）	●
		総蛋白（T P）	●
		総コレステロール（T - C H O）	●
		尿酸（U A）	●
	尿素窒素（B U N）	●	
クレアチニン	●		
希望検査項目	胸部X線	胸部X線検査	△
	心電図	安静時心電図	■

- ・上記項目以外の検査については、弊組合の助成対象外のため、受診証明書にはその検査費用を加算しないようお願いします。

検査区分凡例	<ul style="list-style-type: none"> ●・・・検査必須項目 ○・・・いずれかの項目の実施でも可 △・・・受診者が希望する場合に実施する項目 ■・・・受診者の希望または医師が必要と認める場合は必須項目
--------	---

配偶者健診受診結果票

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 年 月 日 性別 男性 女性

特定健診項目		単位	健診結果	健保指定項目	単位	健診結果
身体計測	身長	cm		血液検査	白血球	個/ μ l
	体重	kg			アルカリホスファターゼ	IU/l
	BMI	kg/m ²			総蛋白	g/dl
	腹囲	cm			総コレステロール	mg/dl
血圧	収縮期血圧	mmHg			尿酸	mg/dl
	拡張期血圧	mmHg			尿素窒素	mg/dl
血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl			クレアチニン	mg/dl
	HDL-コレステロール	mg/dl		尿検査	ウロビリノーゲン	
	LDL-コレステロール	mg/dl		受診者希望検査項目		
肝機能検査	GOT	IU/l		胸部 X 線		
	GPT	IU/l		(診断結果)		
	γ -GTP	IU/l				
血糖検査	空腹時血糖	mg/dl				
	ヘモグロビンA1C (NGSP値)	%				
尿検査	糖					
	蛋白					
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					

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

平成 年 月 日 住所

健診機関名 ⑧

電話番号

配偶者健診受診証明書 兼 費用補助申請書 (平成28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

1. 被保険者および受診者

(注)記入欄はエンビツ書き不可

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 () -	
被保険者住所				
受診者 氏名	フリガナ	漢字	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 H29年3月31日 時点の年齢	性別 男性 女性
		歳	被保険者 との続柄	

2. 基本検査項目 (必ず全項目受診して下さい。)

3. 追加検査項目 (希望する項目に○印)

身体検査	血压測定	検尿	血液検査
------	------	----	------

胸部X線	心電図
------	-----

4. 婦人科検診項目 (希望する項目に○印)

子宮頸がん検診	子宮頸部細胞診	乳がん検診	マンモグラフィ	乳房エコー
---------	---------	-------	---------	-------

◆四電けんぽに費用補助を申請する際の添付書類 (必須)・・・配偶者健診結果票 (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は、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. 基本健診

受診日	平成 年 月 日 (曜日)	検査項目	胸部X線	有・無	円	
検査項目	身体検査 ※	有・無	円	心電図	有・無	円
		有・無	円			
		検尿 ※	有・無	円	消費税	円
		血液検査 ※	有・無	円		
合計					円	

(注) 1. ※は基本検査項目のため必須となります。
2. 文書料は個人負担のため、費用には含まないでください。
3. 消費税が健診費用に含まれている場合は記入不要です。

2. 婦人科検診

検査項目	子宮頸部細胞診	有・無	円	消費税	円
検査項目	マンモグラフィ	有・無	円	合計	円
	乳房エコー	有・無	円		

(注) 1. 婦人科検診項目 (子宮頸部細胞診、マンモグラフィ、乳房エコー) を実施した場合、当欄にご証明ください。
2. 消費税が検診費用に含まれている場合は記入不要です。

以上のとおり証明する。

住 所

平成 年 月 日

健診機関名

証 明 者

(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>

	基本健診	子宮頸がん (子宮頸部細胞診)	乳がん	
			(マンモグラフィ)	(乳房エコー)
健診費総額	円	円	円	円
健保補助額	円	円	円	円
個人負担額	円	円	円	円

健保補助額合計	円
---------	---

受付	登録	支払