

ダイハツ健康保険組合 御中

パート先等健診結果 送付票

パート先や市区町村で健康診断を受診された場合は、その「健康診断結果票の写し」を添付の上、ご提出ください。
受診項目等の要件を満たしている場合、2021年度のファミリー健診を受診したことに代えさせていただきます。

提出期限:2022年5月31日 (但し、2021年4月1日～2022年3月31日実施の健診が対象)

太線枠内を必ずご記入ください。

記入日 年 月 日

保 険 証	記号	番号	被保険者氏名
受診者氏名	(フリガナ)	健診年月日	年 月 日 2021年4月1日～2022年3月31日実施の健診が対象です。
健診機関名	健診機関医師名		
住 所	〒		
電 話 番 号	TEL: — —		※日中の連絡可能な電話番号をご記入ください。

◆内容確認のため、ご連絡させていただく場合があります。

身 長	・ cm	体 重	・ kg	※健診結果に身長・体重・腹囲・血圧の記載がある場合は記入不要です。 身体計測・血圧については自己計測でもかまいません。
腹 囲	・ cm 立った状態のおへそ周り	血 圧	(最高) / (最低)	
問 診 項 目 (☑をつけてください)	1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	4. たばこを吸っていますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【検査項目チェック表】 健診結果をみながらチェックしてください。

身体測定	<input type="checkbox"/> 身長	<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 腹囲
血 圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 (最高)	<input type="checkbox"/> 拡張期血圧 (最低)	
血 液	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 随時血糖 または HbA1c ※いずれか1つ実施でも可	
尿 検 査	<input type="checkbox"/> 尿糖	<input type="checkbox"/> 尿蛋白	

【送付先】

< 郵 送 > 〒563-0045 大阪府池田市桃園1-2-13 ダイハツ健康保険組合 (担当) 見崎
< 社内便 > 宛先事業所: 池1 建物名: 基金会館 部門略称: 健保 (担当) 見崎

◆提出物をご確認ください◆ 健診結果の写し パート先等健診結果送付票 (本票)