

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、2024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:2025年5月31日 (但し、2024年4月1日～2025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)	生年月日	健診年月日 2024年4月1日～2025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？ 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？ 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？ 4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (上記以外)

【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) 南

< 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) 南

◆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)