※当組合のファミリー健診を受診された方の提出は不要です。

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、2025 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:2026年5月31日　（但し、2025 年 4 月 1 日～ 2026 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　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。　年　月　日	
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。				
健診機関名				健診機関医師名	

◆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
腹囲	・　cm 立った状態のおへそ周り	血圧	（最高）／（最低）

※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。

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？	☐ はい	☐ 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？	☐ はい	☐ いいえ
	3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい	☐ いいえ
	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	☐ はい（条件1と条件2を両方満たす） ☐ 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） ☐ 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		☐ 身長	☐ 体重	☐ 腹囲
血圧		☐ 収縮期血圧（最高）	☐ 拡張期血圧（最低）	
血液	脂質	☐ 中性脂肪	☐ HDL コレステロール	☐ LDL コレステロール
	肝機能	☐ AST（GOT）	☐ ALT（GPT）	☐ γ-GT（γ-GTP）
	血糖	☐ 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		☐ 尿糖	☐ 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）**

（切り取り）