

※右欄は健康保険組合使用欄

支給決定日		常務理事	事務長	担当者
月 日	QUOカード (2,000円分)			

健康診断結果提供QUOカード支給申請書(被扶養者)

クラシエ健康保険組合 御中

健診結果(コピー)、問診票1・2を添付の上、下記の通り、申請します。

提出日 令和●年7月1日

被保険者証の 記号・番号	1234-567890	所属事業所	〇〇〇△(株)		
フリガナ	ケンポ タロウ				
被保険者氏名	健保 太郎				
フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日	受診日年齢	被保険者との続柄	
受診者氏名	健保 花子	昭平△△年3月2日	41歳	妻	
受診者住所	〒111-0000 (TEL 03-△△△-◇◇◇◇) 東京都××区〇〇町5-9				
受診年月日	令和●年5月15日	健診機関名	第一健康病院		
健診機関住所	〒111-0000 (TEL 03-×××-〇〇〇〇)※ 東京都××区△△町8-5-9				

※電話番号がわからない場合は記入不要

問合せ先・送付先	クラシエ健康保険組合 〒541-0053 大阪市中央区本町2-1-6 堺筋本町センタービル2階 電話:06-4705-9061
----------	--

申請者確認項目(全項目満たしている必要があります)

- 受診時年齢が満35歳以上74歳未満
- 当健康保険組合補助で人間ドックや特定健診を受診していない
- 令和●年4月1日以降に受けた健診である
- 健診結果に下表のすべての項目が記載されている

身体計測	<input checked="" type="checkbox"/> 身長	<input checked="" type="checkbox"/> 体重	<input checked="" type="checkbox"/> BMI	<input checked="" type="checkbox"/> 腹囲
血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧(最高血圧/最低血圧)			
血中脂質	<input checked="" type="checkbox"/> 中性脂肪	<input checked="" type="checkbox"/> HDLコレステロール	<input checked="" type="checkbox"/> LDLコレステロール	
肝機能	<input checked="" type="checkbox"/> AST(GOT)	<input checked="" type="checkbox"/> ALT(GPT)	<input checked="" type="checkbox"/> γ-GT(γ-GTP)	
血糖値	<u>次のうちいずれか</u> <input checked="" type="checkbox"/> 空腹時血糖 <input type="checkbox"/> 随時血糖(食後3.5時間以上) <input type="checkbox"/> HbA1c(HbA1c)			
尿検査	<input checked="" type="checkbox"/> 尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> 尿たんぱく		

提出に必要なもの

- 本紙(健康診断結果提供QUOカード支給申請書)
- 健康診断結果のコピー
- 問診票(1)
- 問診票(2) ※問診票(1)、(2)は、健保ホームページからダウンロードできます

申請期限:令和▲年3月10日までに申請してください。(健保必着)