下記枠内に記入、押印し、「健診結果コピー」「問診票」添付のうえ 支給決定額(現金の場合) 円 で提出ください	健 常務理事 保 決 裁 欄	検	検担当者	□ 現á □ QU	え Oカ-	- ド	ge g	受付	† ED	III BERTHAMAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A		
受診者氏名 健保 はなこ 受診者の年齢 45 歳 機 受診医療機関名 大阪病院 受 診 日 R 7 年 6 月 23 日 R 7 年 8 月 1 日 T 541-0043	ご提出ください											
受診医療機関名 大阪病院 受 診 日 R 7 年 6 月 23 日 希望する支給方法 どちらかにイレてください 現金(2,000円) 振込先をご記入ください 支給方法で現金選択の場合必ず記入してください 金融機関名 みずほ	記号・番号	1234	— 56789	被保険者氏	名		健保	太郎				
希望する支給方法 どちらかにノしてください 現金(2,000円) 振込先をご記入ください	受診者氏名		健保 はなこ	受診者の年齢			45 j			歳		
Time を	受診医療機関名		大阪病院	受 診	日	R 7	年 6	月 2	23 ⊟	1		
情報提供料振 込 先 機関名 かずほ □ 信用金庫 □ 信用金庫 □ 信用組合 □ 信用組合 □ 信用組合 □ 機関名 □ 単元 □ 単	どちらかにプレてください 振込先をご記入ください 下記の受診者住所にお送りします											
## は取扱いができません 日 座 名 義 健保 はなこ 日本 音通 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5			みずほ	□ 信月	用金庫 用組合	店番-						
上記のとおり、健診結果提供料の支給申請をいたします。		口 座 名 義			口座番号	普通						
	上記のとおり、健診結果提供料の支給申請をいたします。											
受診者 氏名 // // // // // // // // // // // // //												

健診結果提供料支給申請にあたり、当健保組合では、健診結果等の個人情報を、健康管理を目的とした事業に使用いたします。 そのため、外部の委託業者へ保健指導や生活習慣病等の分析を依頼する場合があります。健診結果提供料支給申請書を 提出いただくことで、当健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

健保 はなこ

支給申請する前に下記要件を満たしているかチェックしてください

全項目満たしている必要があります

年齢が40歳以上75歳未満(2026年3月31日時点)でサンヨー連合健保に加入している
イーウェルけんぽ共同健診(巡回・施設)を受けていない
サンヨー連合健保発行の「特定健診受診券」を利用しない
サンヨー連合健保の人間ドック補助金制度を利用しない
2025年4月1日以降に受けた健診である
「問診票」(質問票)を提出できる
「健診結果」に下表のすべての項目が記載されている

	身長			
身体計測	体重 医療機関で計測を 行っていない場合に			
	腹囲	ご自身で計測いただ いても可です		
血圧	最高/最低			
血糖	空腹時血糖またはHbA1c			
	中性脂肪(TG)			
脂質	HDL-ch			
	LDL-ch			
	GOT(AST)			
肝機能	GPT(ALT)			
	γ —GTP			
尿検査	尿糖			
冰快直	尿蛋白			
診察	医師の診察			
健診日	健診を受けた日			
健診機関名	健診を受けた場所			

<提出先>

〒541-0043 大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号 高麗橋ウエストビル3階 サンヨー連合健康保険組合 保健課