

40歳から74歳までの被扶養者の皆さまへ
(任意継続被保険者の被扶養者の方は除く)

鉄道弘済会健康保険組合

令和3年度 特定健診の結果(写)の提出のご協力をお願い

日頃より、当健保組合の事業運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

鉄道弘済会健康保険組合では、法律に基づき、40歳以上74歳までの加入者(被扶養者を含む)の特定健診結果を、毎年度、国に報告しています。

当健保組合で集約できる被扶養者さまの健診データは、当健保組合が費用補助をしている『人間ドック』、『(一財)日本健康増進財団が実施している特定健診』および『集合契約Aタイプ特定健診』を受診された方に限られています。そこで、より多くの方のデータを収集するため、勤務先などで特定健診をお受けになった方に健診結果(写)の提出のご協力をお願いします。なお、健診結果(写)をご提出いただいた方には粗品(QUOカード1,000円)を進呈します。※ただし、支給要件を満たしている結果をご提出いただいた場合に限る。

記

【支給要件】

- ✓ 年齢が40歳以上75歳未満(R4.3.31時点)の被扶養者であること
- ✓ R3.4.1~R4.3.31に鉄道弘済会健康保険組合が補助する人間ドックを利用していないこと
- ✓ R3.4.1~R4.3.31に(一財)日本健康増進財団が用意する健診会場で健診を受けていないこと
- ✓ R3.4.1~R4.3.31に集合契約Aタイプで健診を受けていないこと
- ✓ R3.4.1~R4.3.31に受けた健診であること
- ✓ 別紙1【特定健診必須項目確認表】のすべての項目が記載されていること

【提出書類】

- ① 勤務先などでの健康診断結果の写し
- ② 別紙

※別紙【特定健診必須項目確認表】ですべての項目が記載されているか☑をしてください。

※別紙【特定健診必須項目確認表】の「診察」項目について記載がない場合は、【質問票】に☑をし、必要な場合は内容をご記入ください。

【郵送先】〒112-0002 東京都文京区小石川1-1-1 文京ガーデンゲートタワー19階
鉄道弘済会健康保険組合 特定健診担当者宛

【提出期限】

令和4年5月31日(火)

【個人情報の取り扱い】

ご提出いただきました健診結果は、保健事業の病気の予防のための事業に使用いたします。そのため、外部の委託業者へ分析を依頼する場合があります。「特定健診必須項目確認表」をご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り扱いますので、ご了承ください。

別紙

※こちらの様式は健康診断結果の写しと一緒に提出してください。

※こちらの住所へ粗品を送付させていただきます。

※健診内容などについて問い合わせさせていただく場合もありますので、連絡可能な電話番号をご記入ください。

保険証 記号番号	—	被扶養者 (受診者氏名)	
住所	〒		
		電話	

【特定健診必須項目確認表】

★健診結果の内容を確認して、もれがないか☑してください。

基 項 本 事	<input type="checkbox"/> 氏名	血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖またはHbA1cまたは随時血糖
	<input type="checkbox"/> 健診実施日	尿	<input type="checkbox"/> 尿糖
	<input type="checkbox"/> 健診実施機関名		<input type="checkbox"/> 尿蛋白
身 体 計 測	<input type="checkbox"/> 身長	診 察	<input type="checkbox"/> 既往歴
	<input type="checkbox"/> 体重		<input type="checkbox"/> 自覚症状
	<input type="checkbox"/> BMI		<input type="checkbox"/> 他覚症状
	<input type="checkbox"/> 腹囲		<input type="checkbox"/> 服薬歴(血圧)
血圧	<input type="checkbox"/> 血圧(収縮期/拡張期)		<input type="checkbox"/> 服薬歴(血糖)
肝 機 能	<input type="checkbox"/> AST(GOT)		<input type="checkbox"/> 服薬歴(脂質)
	<input type="checkbox"/> ALT(GPT)		<input type="checkbox"/> 喫煙歴
	<input type="checkbox"/> γ -GT(γ -GTP)		※「診察」で記載がない項目があれば、下記の質問票にご回答ください。
脂 血 質 中	<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		

【質問票】

★あてはまるものに☑してください。

既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(ありの場合の内容)
自覚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(ありの場合の内容)
他覚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(ありの場合の内容)
服薬	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙歴	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」とは、「月に合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている」かつ最近1ヶ月間も吸っている場合)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ