

2025年度健診結果送付用紙

申請日	年 月 日				
被保険者等 記号・番号	—	ふりがな			
		受診者氏名			
生年月日	昭和 年 月 日 平成	電話番号			
住所	〒			性別	男 女
健診受診機関 (健診機関・病院名など)					
健診受診日 (対象期間2025年4月～2026年2月)		年 月 日			

チェックリスト

☆健診結果に必要な項目が全て記載されているか確認してチェック☑をしてください

身体測定	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲	血液検査	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
血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期 <input type="checkbox"/> 拡張期		肝機能	<input type="checkbox"/> AST(GOT) <input type="checkbox"/> ALT(GPT) <input type="checkbox"/> γ-GTP(γ-GT)
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白		血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 または 随時血糖 または HbA1c

質問票

☆お身体の状況と生活習慣についてお伺いします。回答欄の該当にチェック☑をしてください

質問項目		ご回答		
1	現在、血圧を下げる薬の服用をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬の服用をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬の服用をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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を両方満たす場合です。 条件1: 最近1カ月間吸っている者 条件2: 生涯で6ヶ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 (条件1と条件2を 両方満たす場 合)	<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 す場合)	<input type="checkbox"/> いいえ (①②以外)
5	既往歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	
6	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	
7	他覚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	

以下該当する項目にはご回答ください。

8	腹囲	cm	9	採血時間	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> HbA1c 検査結果に記載がない場合☑	10	尿検査	生理中等の理由で、尿検査を実施していない 場合は以下に☑をし理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> 未実施()
		健診結果に記載がない場合、実測値を記入						

健診結果表のコピーと健診結果送付用紙(この用紙)をご提出ください。

パート勤務先、自治体等で健診を受診される被扶養者の方へ

パート勤務先または自治体等で受けられた健診結果(コピー)のご提出をお願いいたします。
健保組合は40歳以上の被扶養者の皆さまに対し、1年に1度健康診断(特定健康診査)を実施し、その結果を毎年国(厚生労働省)に報告することが義務付けられております。当組合の補助を利用した健康診断ではなく、パート先等で健診を受診されている方は、健診結果を当組合にご提供いただくことにより、上記報告の対象となり、健診の受診率向上に繋がります。
下記内容をご確認のうえ、健診結果のご提供にご協力をお願いいたします。

ご協力いただいた方には後日、2,000円分のQUOカードを進呈いたします

※ご提出いただいた内容に不備があると、QUOカードの進呈ができません。

※QUOカードの発送まで3、4か月お時間をいただく場合があります。



◆対象者

・2025年4月1日時点で当組合に加入している30歳から74歳までの被扶養者、または任継族被保険者

※当組合の健診補助(当組合が直接契約している健診機関、ウィーメックス(株)提携の健診機関、巡回レディース健診(巡回バス健診))を利用されていない方

・ご提出時点で当組合の資格があること。

◆対象受診機関

2025年4月1日～2026年2月28日

◆必須検査項目

- ・身体測定 …………… 身長、体重、腹囲(健診結果に記載がない場合はご自身での計測も可)
- ・血圧 …………… 収縮期血圧、拡張期血圧
- ・血液検査(脂質) …………… 中性脂肪(トリグリセライド)、HDLコレステロール、LDLコレステロール
- ・血液検査(肝機能) …………… AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP(γ -GT)
- ・血液検査(血糖) …………… 空腹時血糖または随時血糖またはHbA1c
- ・尿検査 …………… 尿糖、尿蛋白

◆ご提出いただく書類

①健診結果コピー

※健診結果に上記検査必須項目がすべて記載されていること

②健診結果送付用紙

◆ご提出期限

2026年3月31日必着

◆送付先及び問合せ先

〒100-0004

東京都千代田区大手町2-2-1

新大手町ビル5階

東京海上日動健康保険組合 保険事業チーム

TEL:03-6630-3722

FAX:03-3231-1080

◎ご提供いただいた健診結果の情報は、「個人情報保護法」に基づいて安全に管理し、特定健診・特定保健指導、国への実績報告や結果分析等今後の保健事業に利用させていただきます。詳しくは当組合ホームページの「個人情報保護について」をご覧ください。