パート先等勤務先での健診結果と報告書をご提出くださった方にQUOカードをお贈りします

健保組合では法律に基づき、被保険者および被扶養者に対して、年度に1回、メタボリックシンドロームに着目した健康診断

（特定健康診査）を実施しています。

特定健康診査とは、生活習慣病のリスクを早期に発見し、その内容を踏まえて運動習慣や食生活、喫煙といった生活習慣を

見直すために実施している健康診断で、健保組合では、その健診結果を国に報告しております。

当健保組合が実施する健康診断を利用せずに、パート先等で健康診断を受診された場合であっても、その健診結果を当健保組合にご提出いただくことにより、上記報告の対象となり、当健保組合の健診の受診率向上につなげることができますので、ぜひ健診結果のご提出に、ご協力をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | パート先等勤務先で、健診を受診された３５歳以上（2025年3月31日時点）の当健保組合の被扶養者・任意継続・特例退職被保険者※健診受診日時点で当健保組合の資格を有していること※「パート先等での健診結果提出におけるQUOカードの進呈」と「当健保組合実施の人間ドック・特定健康診査」の健診受診日がどちらも2024年度の場合、当申請は対象外となりますので、ご了承ください。 |
| 対象健診受診期間 | 2024年4月1日～2025年3月31日 | 進呈内容 | QUOカード（５００円分） |
| 提出書類 | ・ パート先等　健診結果報告書（下段）・ 健診結果表全ページ（写） | 提出先 | 〒170-0013　東京都豊島区東池袋４-２４-３ ジブラルタ健康保険組合 保健事業担当 |
| 提出期限 | 2025年4月１0日（木）当健保組合必着 |

**パート先等 健診結果報告書**

【ご記入欄】　※記入漏れのないようにお願いいたします　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 記号-番号 | 受診者（被扶養者）氏名 | 性別 | 年齢 | 健診受診日 |
| 　　　　　- | （自署）　　　　　 | □男□女 | 　　　　　　歳 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受診者住所・連絡先（QUOカード送付先）　※QUOカードは健診結果内容を確認次第、順次発送いたします。 |
| 〒　℡　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　※日中連絡可能な電話番号をご記入ください |
| 問診票☑を入れてください | (1)次の薬の使用有無について・血圧を下げる薬・インスリン注射又は血糖を下げる薬・コレステロールを下げる薬 | □はい　　　　　□いいえ□はい　　　　　□いいえ□はい　　　　　□いいえ |
| (2)現在、煙草を習慣的（※）に吸っていますか※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、次の条件1と2を満たす者である。条件1：最近1ヶ月間吸っている。　条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている。 | □はい（条件1と2を満たす）　　　　□以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない（条件2のみ満たす）□いいえ（上記以外） |

■健診結果表に以下の結果が記載されていることをご確認ください

|  |  |
| --- | --- |
| □診察（既往歴・自覚・他覚） | □尿検査（尿糖・尿蛋白） |
| □身体測定（身長・体重・腹囲・BMIまたは肥満度） | □受診健診機関名 |
| □血圧測定 | □診察医師名 |
| □血液検査（GOT(AST)・GPT(ALT)・γ-GTP・中性脂肪・HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・空腹時血糖またはHbA1c） |

＊個人情報の取扱については当健保組合ホームページ「個人情報保護について」をご覧ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保使用欄 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 役職者 | 担当者 | QUOカード発送日 | データ入力日 |
|  |  |  |  |  |  |  |