

受診者氏名： _____

保険証記号番号： _____

■ステップ①お持ちの健診結果表に掲載されている項目に「レ」

項目		チェック	項目	チェック	項目	チェック	
身長		<input type="checkbox"/>	血液検査	中性脂肪 (トリグリセライド・TG)	<input type="checkbox"/>	受診者氏名	<input type="checkbox"/>
体重		<input type="checkbox"/>		HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>	検査実施機関名	<input type="checkbox"/>
腹囲 *自己測定も可		<input type="checkbox"/>		LDLコレステロール	<input type="checkbox"/>	医師名	<input type="checkbox"/>
血圧		<input type="checkbox"/>		空腹時血糖(FBS) または HbA1c (ヘモグロビンA1c)	<input type="checkbox"/>	医師の判定	<input type="checkbox"/>
血液検査	AST (GOT)	<input type="checkbox"/>	尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>	検査実施日	<input type="checkbox"/>
	ALT (GPT)	<input type="checkbox"/>			年 月 日		
	γ-GT (γ-GTP)	<input type="checkbox"/>			尿タンパク	<input type="checkbox"/>	受診日：2020年4月1日～ 2021年3月31日

■ステップ② 上記の検査項目がすべて記載されている方は下の問診表を記入してください。

※検査項目が不足している場合は、対象基準を満たしていないため申請できません

質問	回答選択肢	
高血圧での服薬について	1. 服薬あり	2. 服薬なし
糖尿病での服薬について	1. 服薬あり	2. 服薬なし
コレステロールを下げるための服薬について	1. 服薬あり	2. 服薬なし
現在の喫煙状況について	1. 吸っている	2. 吸わない
その他の既往歴について	1. ある(病名)	2. ない
自覚症状	1. ある(肩こり・腰痛・目の痛み・動悸・息切れ・その他の症状:)	2. ない

■ステップ③ 健保の他健診を受診しない・受診していないことをご確認・ご同意ください

健保の健診費用補助は年1回です。よってこの申請で今年度の健保補助は終了となります。申請年度期間中(4/1～3/31)に健保補助を利用して生活習慣病健診(巡回健診・スマイル健診・人間ドック・特定健診)を受診された場合、健診費用全額(25,000～40,000円)をご請求いたします。

重複受診した場合、健診費用全額を支払います	<input type="checkbox"/> 同意します
-----------------------	--------------------------------

■ステップ④ 健診結果表のコピーと、この提出用紙を健保へ提出

【社内メール】 右の社内メール票を切り取り線で切り取り、ご利用ください。
 【郵送】 〒448-0045 刈谷市新富町2-41 デンソー健康保険組合 松岡行



デンソー健康 チェック欄	不備あり	データ入力	返却	QUO 発送
	・項目不足 ・受診済み ・その他			

キリトリセン

〒1130
健康保険組合 松岡 行

↑

〒 _____

所属 _____

氏名 _____ 様