

受診者氏名： _____

保険証記号番号： _____

■ステップ① 健診結果表に検査結果が掲載されていれば「✓」

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 (トリグリセリド・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"/>			受診日：2022年4月1日～ 2023年3月31日	<input type="checkbox"/>	

■ステップ② 上記の検査項目の結果が全てそろっている方は下の問診表を記入してください。

※「✓」がない検査項目がある場合は基準を満たしていないため申請不可（提出不要）

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(2022/4/1～2023/3/31)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 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

提出期限
健診受診月の
4ヶ月後の月末まで

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