

この「提出用紙」は、デンソー健保が実施する健診**以外**を受診され、その結果をデンソー健保にご提出いただく際に必要な用紙です。

デンソー健保が補助する生活習慣病予防健診（巡回バス健診・スマイル健診・人間ドック・特定健診）を年度内（2026/4/1～2027/3/31）に受診した場合、こちらの申請は受理できません。

健保が実施（補助）する生活習慣病予防健診を年度内に受診しません。受診した場合、健診費用全額を支払います。

同意します

1. あなたの情報

健康保険証 記号番号： 1-123456

受診者氏名：健保 太郎

2. 検査項目の確認

健診結果表に検査結果が掲載されている項目に「」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）

受診情報	受診者氏名	<input checked="" type="checkbox"/>	血液検査	AST (GOT)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	検査実施機関	<input checked="" type="checkbox"/>		ALT (GPT)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	医師名	<input checked="" type="checkbox"/>		γ-GT (γ-GTP)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	医師の判定	<input checked="" type="checkbox"/>		中性脂肪 (トリグリセライド・TG)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	受診日：26/4/1～27/3/31	<input checked="" type="checkbox"/>		HDL コレステロール	<input checked="" type="checkbox"/>	
身体測定	身長	<input checked="" type="checkbox"/>		LDL コレステロール	<input checked="" type="checkbox"/>	
	体重	<input checked="" type="checkbox"/>		いずれか	空腹時血糖 (FBS) ※食後10時間以上	
	腹囲 ※自己測定可	<input checked="" type="checkbox"/>			随時血糖 (FBG) ※食後3.5時間～10時間未満	<input checked="" type="checkbox"/>
	血压	<input checked="" type="checkbox"/>			HbA1c (ヘモグロビンA1c)	
尿	尿糖	<input checked="" type="checkbox"/>				
	尿タンパク	<input checked="" type="checkbox"/>				

3. 健保へ送付

「提出用紙」「問診票」「健診結果表（コピー）」の**3点**を健保へ提出

【社内メール】 右の社内メール票を切り取り、ご利用ください

【郵送】 〒448-8661

愛知県刈谷市昭和町 1-1

デンソー健康保険組合

健康支援室 行

提出期限
健診受診月の
4ヶ月後の月末まで

健診結果在中

〒1133

健康保険組合 健康支援室 行

↑

〒

所属

氏名

様

健保欄	受付	不備有	返却	データ入力	QUO 発送
			・書類不足 ・受診済み () ・検査項目不足 ・その他 ()		