

2009 年度ファミリー健診実施のお願い

健診機関およびご担当の先生方へ

全国労働金庫健康保険組合

101-0052 東京都千代田区神田小川町 3-20 第2龍名館ビル 4F
tel 03-5217-1018 fax 03-5217-3115 保健指導部

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この健診は、被扶養者の健康管理の一助とすべく、当健保組合が補助金を支給して実施しているものです。下記の点にご配慮いただき、健康診断の実施をお願い申し上げます。

●受診者の年代にふさわしい健診項目を

- ◆ファミリー健診は20歳以上の成人を対象とします。
- ◆貴機関の健診コース等の中で、受診者の年代にふさわしいものを実施するようご配慮ください。(例:若年者に対し一般的に実施しない種類のがん検診は実施しない等。)
- ◆受診者には事前に費用をお伝えいただき、調整を行ってください。(補助金上限32,000円を越えた部分は受診者負担のため。)

●「特定健診」項目と問診を含んで実施(40歳以上)

- ◆40歳以上の人には、特定健診項目(問診含む)を含んで実施してください。当健保組合では検査結果と問診結果を収集し「特定健診」の実施といたします。

●受診券は使いません

- ◆受診券は使いません。全額自費扱いで実施して下さい。

●結果表は貴機関のものでもかまいません

- ◆貴機関独自の結果表があれば、裏面の結果表は使う必要はありません。ただし、「特定健診」としての必須検査と質問項目が含まれている必要があります。

●健診費用は保険診療にしない

- ◆ファミリー健診は保険診療にしないでください。

●再検査・精密検査は保険で

- ◆再検・精密検査は保険診療に切り替えてください。

ファミリー健診を利用する被扶養者の皆様へ

受診券は
使いません

ファミリー健診の対象者は？

受診当日に労金健保の被扶養者資格がある成人(20~75歳未満 年度中に20歳に達する人を含む)

成人とは: 1935(昭和10年)年4月1日~1990(平成2年)年3月31日生まれの方

または、1934年(昭和9年)生まれで受診当日誕生日前の方

どこでどんな健診を受診したらいいの？

★任意の医療機関(健診機関)で、ご自身の年代にふさわしい健診コース等を受診してください。

補助金はいくら？

★補助金上限は 32,000円 (文書料含む税込み) 超過分は自己負担になりますので予約時に費用をご確認ください。

その請求方法は？

1 費用を医療(健診)機関に全額支払う。

★健診費用は、保険証を使わず全額医療(健診)機関の窓口でお支払いください。

2 事業所に所定書類(下記①②③)を提出※

★①「ファミリー健診補助金請求書兼委任状」、②健診結果表(コピー可)、③領収書(原本)
結果表・問診票と領収書は健診機関独自のものでもかまいません。

★個人情報保護のため、結果表と領収書は封筒に入れてください。

※任意継続の方のご家族の場合 (保険証の記号が100番の方)

上記提出書類のうち「ファミリー健診補助金請求書兼委任状」を「健康診断等実施報告並びに補助金請求書」に代えます。

請求書類は労金健保に郵送(事業所は経由しません。)

補助金は任意継続被保険者の登録口座に振込みます。



【ご注意】

1. 再検査・精密検査は保険診療で

ファミリー健診の結果から必要になった再検査・精密検査は保険診療で実施してください。

2. 他の家族健診と併用・重複はできません

ホームネットドックコース、または受診券コースを利用する場合、ファミリー健診は利用できません。併用・重複で支給された補助金は、返戻していただくこととなります。

3. 受診当日、労金健保の被扶養者であること

健診受診日に労金健保の被扶養者資格がない場合、ファミリー健診補助金の支給対象になりません。

4. 健診費用は高額な場合があります。

健診費用は、医療(健診)機関によって異なります。

労金健保補助金上限 32,000円 を超える実費はすべて受診者負担となりますので、事前に費用を確かめるなど、十分にご注意ください。

【お問い合わせ先】

全国労働金庫健康保険組合

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 3-20 第2龍名館ビル 4F
tel 03-5217-1018 fax 03-5217-3115 保健指導部

**特定健診対応
ファミリー健診質問票**

以下の質問票は受診者が記入してください

受診者 氏名	男・女	保険証 記号-番号	所属事業所名
生年月日 S・H	年齢	続柄	住所
質問事項		回答 ○をつけてください	
1	現在、右の	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	aからcの薬の	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい ② いいえ
3	服用の有無	c. コレステロールを下げる薬	① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		① はい ② いいえ
6	医師から、慢性的腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。		① はい ② いいえ
7	医師から貧血といわれたことがある。		① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している人」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている人」であり、最近1ヶ月間も吸っている人)		① はい ② いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。		① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。		① はい ② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。		① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		① はい ② いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。		① はい ② いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。		① 速い ② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度		① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)		① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。		① はい ② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。		① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		① はい ② いいえ

★受診者のみなさまへ★

健診機関独自の結果表を使う場合で、上記の質問事項の回答が記されていないときは、健保補助金ご請求の際に上記の質問に回答を記入して添付してください。

ファミリー健診結果表兼領収書

健診日 年 月 日	既往歴
身長 cm	目覚醒状態
体重 kg	他覚症状
BMI kg/m ²	特定健診以外の基本的項目 視力 右()左() 矯正 右()左() 聴力 胸部X線  上部消化管造影または内視鏡  大腸(便潜血免疫法) 1回法・2回法 陰性・陽性 子宮がん検診 異常なし 異常あり 乳房(触診・エコー・マンモグラフィ) 異常なし 異常あり その他 年代に 応じて 追加する 検査項目
腹囲 cm	
血圧 収縮期 拡張期 mmHg	
血中脂質 HDL-コレステロール LDL-コレステロール 中性脂肪 mg/dl	
肝機能 AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT(γ-GTP) IU/l	
血糖 空腹時血糖 HbA1c mg/dl %	
尿 糖 1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++ (試験紙法・機械読取)	
蛋白 1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++ (試験紙法・機械読取)	
貧血 ヘマトクリット 赤血球 血色素 % 万/mm ³ g/dl	
心電図	
眼底	
メタボリックシンドローム判定 1:基準該当 2:予備軍該当 3:非該当 4:判定不能	
判定医師名	結果説明 実施・未実施 医療機関名 ※必ずご記入ください。 担当医師名

結果表用紙と、領収書は、健診機関独自のものでもかまいません。

領収書 (保険診療ではありません)

年 月 日

様 健診医療機関名

下記の金額をファミリー健診費用として領収しました。 印

円 ※左記金額のうち特定健診分費用 円