

パート先等健診結果表送付書（兼 クオカード申込書）

全国労働金庫健康保険組合 総務事業部 保健事業推進部門 宛て

次の【要件】に該当するため、下記①パート先等で健診を受けた方の問診表、②クオカードの送付先に回答し、パート先等で受診した健診結果表及び問診票（コピー可）を提出いたします。

【要件】

- ご利用対象者は健診受診日に労金健保の資格を有する40歳以上の被扶養者（家族）及び任意継続被保険者（本人・家族）。
- 2020年度に特定健診項目を受診している（下表参照）。

| | | | | | | | |
|------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------|
| 健診項目 | 診察・測定 | <input type="checkbox"/> 身長 | <input type="checkbox"/> 体重 | <input type="checkbox"/> 腹囲 | <input type="checkbox"/> BMI | <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 | <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 |
| | 血液検査 | 脂質 | <input type="checkbox"/> HDLコレステロール | <input type="checkbox"/> LDLコレステロール※ | <input type="checkbox"/> non-HDLコレステロール※ | <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (TG) | |
| | | 血糖 | <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 | <input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1c (HbA1c) | <input type="checkbox"/> 随時血糖 (いずれかひとつ以上) | | |
| | 肝機能 | <input type="checkbox"/> AST (GOT) | <input type="checkbox"/> ALT (GPT) | <input type="checkbox"/> γ-GT (γ-GTP) | | | |
| 尿検査 | <input type="checkbox"/> 尿糖 | | <input type="checkbox"/> 尿蛋白 | | | | |

※中性脂肪が400mg/dL以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールの測定でも可

- 労金健保が実施する健診（「ろうきんバイオ健診」または「すこやか健診」）を受診していない。

記

①パート先等で健診を受けた方の問診表

| | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|
| 被保険者証 (保険証)の 記号・番号 | — | フリガナ | |
| フリガナ | | 性別 | 受診者生年月日 昭和・平成 (○をつけて下さい) |
| 受診者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男性 | 年 月 日 |
| | | <input type="checkbox"/> 女性 | (西暦 年) |
| 健診受診機関名 | | 健診受診日 | 年 月 日 |
| 健診受診機関 所在地 (市区町村まで) | | 健診受診機関 電話番号 | |
| 質問事項 次の質問事項について、該当する答えに○を付けてください。 | ①現在、血圧を下げる薬を服用していますか。 | | はい・いいえ |
| | ②現在、血糖を下げる薬を服用、またはインスリン注射を使用していますか。 | | はい・いいえ |
| | ③現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 | | はい・いいえ |
| | ④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。※現在、「習慣的に喫煙している人」とは「吸い始めて現在までの合計が100本以上、または6ヶ月以上の期間吸っている」かつ「最近1ヶ月間も吸っていること」をいいます。 | | はい・いいえ |

②クオカードの送付先

本送付書兼申込書と健診結果表をご提出いただいた方へ、そのお礼としてクオカードを進呈いたします。下記に送付希望先の住所と連絡先をご記入ください。

| | | | | |
|--------------|------|------|---|---|
| 受診者住所 連絡先 | 郵便番号 | 電話番号 | — | — |
| | — | | | |
| | 都道府県 | | | |

【個人情報について】

本送付書兼申込書及び添付書類に記載された個人情報は、労金健保の保健事業の目的以外に使用いたしません。また、健診結果から特定保健指導の対象となった場合、業務代行機関「(株)保健支援センター」から特定保健指導のご案内をさせていただきますので、この機会にぜひご利用くださいますようお願いいたします。上記個人情報の取り扱いに同意した上で書類一式をご提出ください。

<送付先・お問い合わせ先> 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4F
全国労働金庫健康保険組合 総務事業部 保健事業推進部門
電話番号 03-5217-1018