

健康診断結果 提出表

	提出日	年	月	日
記号	番号	受診者氏名		
12				

対象者	30歳以上の被扶養者で自治体や勤務先等で健康診断を受けた方
日野健保が実施する健診以外	この用紙にご記入の上健診結果コピーと一緒に日野健保へご提出ください

受診期間 : 当年4月1日～翌年3月31日

提出期限 : 健診受診月の3カ月後の月末 ※最終提出期限 : 翌年度6月末まで

ステップ1

健診を実施した検査項目に、チェック☑を付けてご提出ください
 注) ☑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提出不要です

項目		チェック	項目		チェック
受診情報	受診者氏名	<input type="checkbox"/>	血液検査	中性脂肪 (TG) トリグリセライド	<input type="checkbox"/>
	検査実施機関名	<input type="checkbox"/>		HDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	医師名	<input type="checkbox"/>		LDLコレステロール	<input type="checkbox"/>
	医師の判定	<input type="checkbox"/>		AST (GOT)	<input type="checkbox"/>
	受診日	<input type="checkbox"/>		ALT (GPT)	<input type="checkbox"/>
身体測定	身長	<input type="checkbox"/>	尿検査	γ-GT (γ-GPT)	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>		空腹時血糖またはHbA1c	<input type="checkbox"/>
	腹囲 ※ご自身で計測も可	<input type="checkbox"/>		尿糖	<input type="checkbox"/>
	血圧	<input type="checkbox"/>		尿蛋白	<input type="checkbox"/>

ステップ2

下記の質問にご回答ください (該当項目に☑をしてください)

質問	回答選択肢			
現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/>	①はい	<input type="checkbox"/>	②いいえ
現在、血糖を下げる薬 又はインスリン注射を使用していますか	<input type="checkbox"/>	①はい	<input type="checkbox"/>	②いいえ
現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/>	①はい	<input type="checkbox"/>	②いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っていますか <small>習慣的に喫煙している者：条件1と2を両方満たす者 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている又は合計100本以上吸っている</small>	<input type="checkbox"/>	①はい 条件1と条件2を両方満たす	<input type="checkbox"/>	②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない 条件2のみ満たす
既往歴	<input type="checkbox"/>	①なし	<input type="checkbox"/>	②あり ()
自覚症状	<input type="checkbox"/>	①なし	<input type="checkbox"/>	②あり ()
他覚症状	<input type="checkbox"/>	①なし	<input type="checkbox"/>	②あり ()

ステップ3

以下の書類を日野健保へご提出ください

提出書類

- ・健康診断結果 提出表 (この用紙)
- ・健診結果のコピー

提出先

【郵送】

〒191-8660

日野市日野台3-1-1 健保プラザ2階

日野自動車健康保険組合 健康づくり事業担当宛

【社内書留】

(使える方はご利用ください)

日野自動車健康保険組合 健康づくり事業担当宛

【お問合せ先】

日野自動車健康保険組合 健康づくり事業担当

外線 042-586-5720 内線 81-5720