

記入日： 年 月 日

勤務先（パート等）・外部人間ドック結果報告書

■パート等勤務先での健診または外部の人間ドックの健診結果をご提出して頂いた被扶養者・任意継続本人の方へ、QUOカード(1,000円分)を進呈いたします。

■対象者

40歳以上で、健診受診日時点でOKI健保組合の資格を有しており、今年度に受診された被扶養者および任意継続本人。
※年度中にOKIバリュー健診(各コース)を受診していないこと。

■手続き

本報告書の内容をご確認・ご記入のうえ、健診結果表(写)を添えて当組合へご提出ください。

【提出先】 〒108-8551 東京都港区芝浦 4-10-16

OKI健康保険組合 健診担当宛 ※ご提出期限 受診年度の翌年度4月末日(例)受診日 2023年2月→2023年4月ご提出

【ご記入欄】 ※記入漏れのないようにお願いいたします

| 被保険者等 記号-番号 | 受診者(被扶養者)氏名 | 性別 | 年齢 | 健診受診日 |
|---|-------------------|--|------------------------------|-------|
| - | (自署) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 歳 | 年 月 日 |
| 受診者住所・連絡先(QUOカード送付先) ※QUOカードは健診結果内容を確認次第、順次発送いたします。 | | | | |
| 〒 | | | | |
| TEL () ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください | | | | |
| 問診票 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて ください | (1)次の薬の使用有無について | | | |
| | ・血圧を下げる薬 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | ・インスリン注射又は血糖を下げる薬 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | ・コレステロールを下げる薬 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | (2)煙草を吸っていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |

■健診結果に以下の結果が記載されていることをご確認ください

- ①診察(既往歴・自覚・他覚)
 - ②身体測定(身長・体重・腹囲・BMIまたは肥満度)
 - ③血圧測定
 - ④尿検査(尿糖・尿蛋白)
 - ⑤血液検査(GOT(AST)・GPT(ALT)・ γ -GTP・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・空腹時血糖またはHbA1c)
 - ⑥受診健診機関名
 - ⑦診察医師名
- } コピー忘れにご注意ください。

●個人情報の取扱について当健保組合は取得した受診者の健診結果や住所、電話番号等の個人情報を必要な範囲において、当健保組合の委託先へ提供し保健事業を実施しています。この情報提供に同意されない場合は、事前に文書で当健保組合にお申し出ください。また、同意をされない場合はQUOカードを進呈できない場合があります。

| 健保 使用欄 | 受付印 | QUOカード発送日 | データ作成依頼日 |
|-----------|-----|-----------|----------|
| | | | |