

パート先などで健診を受けられた方へ

健診結果をご提供ください!!

令和7年4月1日から令和8年3月31日までに
当組合の補助を利用せずに健診を受けられた方は、
「健診結果票(コピー可)」のご提供をお願いいたします。

ご提供いただいた方には
「クオカード 1,000 円分」を
進呈いたします。



(注)「当組合が実施している健診」を受けられた方や、受ける予定のある方は対象外です。

詳細は右ページの「**当組合が実施している健診**」とは? をご参照ください。

— 健康保険組合が健診結果を求める理由 —

健康保険組合には、生活習慣病予防と将来の医療費削減を目的として、40歳から74歳までのみなさまを対象とした健康診断の実施が義務付けられています。
そして、その健診結果を毎年、厚生労働省に報告することになっています。

しかしながら、パート先などで健診を受けられた方々の健診結果は当組合では把握することができず、厚生労働省にも報告できないことから、そのような方々に健診結果のご提供をお願いしています。

また、健診結果の報告が少ない健康保険組合は、後期高齢者医療制度への支援金が増額されるペナルティもあります。
万一、支援金が増額されると健康保険組合の財政が圧迫され、**みなさまから納めていただく保険料が増えてしまう恐れもある**ことから、今後とも、健診の受診と健診結果のご提供へのご協力をお願いいたします。



「当組合が実施している健診」とは?

例年、お申込みいただいても年度内に「当組合が実施している健診」を受けておられるため「クオカード」を進呈できないケースが見受けられます。今一度以下の事項をご確認ください。



令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間に以下の健診を受けられましたか? または受ける予定がありますか?

①「当組合の契約健診機関」で次の健診を受診
【一般健診・生活習慣病健診・人間ドック】

②「健保連の契約健診機関」で人間ドックを受診

③ 当組合が発行した
「特定健康診査受診券(セット券)」
を使用して特定健診を受診

※ 特定健診対応の市町村が実施する
健診なども含みます。

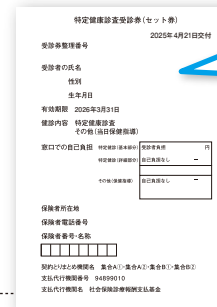
④「一般財団法人 京都工場保健会」もしくは
「医療法人社団 あさひ会 西早稲田クリニック」が行う巡回・集合健診で受診

⑤「疾病予防補助金」を請求

※ 疾病予防補助金とは当組合が直接契約していない健診機関などで費用を全額支払ったあと、「疾病予防補助金請求書」にて当組合へ請求することにより払い戻しを受ける制度です。

特定健康診査受診券
(セット券)

整理番号が記載されたハガキサイズの受診券を5月末に送付しています
(A3サイズの健診のご案内から切り取ってご利用ください。)



①～⑤いずれかが
☒ はい
の場合

①～⑤すべてが
☒ いいえ
の場合

クオカード進呈の対象外です

受診者の皆さまがご負担された費用以外に、
当組合で健診費用の補助を行っておりますので
「クオカード」の進呈対象にはなりません。

今後も当組合が実施する健診をご利用いただき、健康の保持・増進にお役立てください。

裏面の
セルフチェックに
進みましょう

提出用

セルフチェックシート

以下の項目が **全て「Yes」の方が、「クオカード」進呈の対象** となります。
お申込前にチェックをお願いします。
(「No」が一つでもある方は、対象外となります。)

① 40歳以上75歳未満の被扶養者又は任意継続被保険者だ。	Yes ・ No
② 「健診を受けた日」に当組合の被扶養者又は任意継続被保険者の資格がある。	Yes ・ No
③ パート先などで受けた健診の「結果票」が手元にある。(受診日が令和7年4月1日以降)	Yes ・ No
④ マイナ保険証等を医療機関に提示して受けた、保険診療ではない。	Yes ・ No

全て「Yes」の方は下記へ



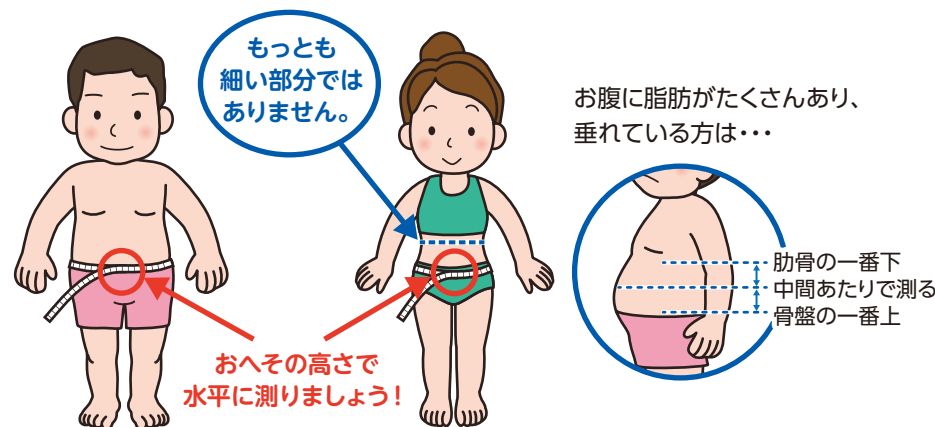
「健診結果票」に次の検査項目等が全て記載されていますか？

1	受診者氏名	Yes ・ No
2	身長	Yes ・ No
3	体重	Yes ・ No
4	腹囲 ご自身での計測も可 (計測方法は下の「腹囲の正しい測り方」をご覧ください)	Yes ・ No
5	BMI ご自身で計算できます。 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	Yes ・ No
6	血圧	Yes ・ No
7	中性脂肪 (TG) (トリグリセリド)	Yes ・ No
8	HDL-コレステロール	Yes ・ No
9	LDL-コレステロール	Yes ・ No
10	AST (GOT)	Yes ・ No
11	ALT (GPT)	Yes ・ No
12	γ-GT (γ-GTP)	Yes ・ No
13	尿糖	Yes ・ No
14	尿蛋白	Yes ・ No
15	血糖 (食後3.5時間以上経過した採血のみ可) またはHbA1c (食後3.5時間未満の採血の場合は必須)	Yes ・ No
16	総合判定 (医師コメント・医師氏名)	Yes ・ No

腹囲の正しい測り方

《 測り方 》

- 上半身の服をぬぎ、まっすぐ立つ。
- 軽く呼吸してリラックスする。
(空気を吸ってお腹をふくらませたり、吐いてへこませた状態にはしない)
- ウエストのもっとも細い部分ではなく、おへその高さで水平に測る。



全て「Yes」の方は右の「クオカード申込書」にすすみましょう!!

提出用

クオカード申込書

セルフチェックの結果が全て「Yes」の方は、太枠内を記入漏れのないようご記入のうえ、**「健診結果票(コピー可)」の全ページ**を添えて、セルフチェックシートとクオカード申込書を、同封の返信用封筒で当組合までお送りください。

※対象は、**令和7年4月1日から令和8年3月31日まで**に受けられた健診です。

申込締切

令和8年8月31日 必着

所属	☐ 大阪 ☐ 神戸 ☐ 京都				
健康保険の		受診者氏名	生年月日	性別	続柄
記号	番号		昭 年 月 日		
住所 (クオカード送付先)	〒 ー 都 道 市 区 府 県 町 村 (携帯) TEL () (自宅) TEL () 繋がりのやすい時間帯 9:00~12:00 ・ 12:00~13:00 ・ 13:00~17:00				
質問に お答え ください。 ※全てご記入 ください。	①血圧を下げる薬を服用していますか?				はい ・ いいえ
	②インスリン注射の使用または血糖を下げる薬を服用していますか?				はい ・ いいえ
	③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者」とは、条件AとBを両方満たす者です。 条件A：最近1ヶ月吸っている 条件B：生涯で6ヶ月以上吸っている又は合計100本以上吸っている				1. はい (条件A、Bを両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない (条件Bのみ満たす) 3. いいえ (条件A、B以外)
	⑤既往歴	あり () ・ なし			
	⑥自覚症状	あり () ・ なし			
	⑦直近の食事から採血までの時間	食後10時間以上 ・ 食後3.5時間以上10時間未満 ・ 食後3.5時間未満			
	⑧お勤め先名称 (パート先など)				
	⑨お勤め先で受けた健診ですか?	はい ・ いいえ			
	⑩健診受診日	令和 年 月 日			
「健診結果票」 に記載がない場合は 記入してください。	健診機関名 腹囲 _____ cm 計測方法は左の「腹囲の正しい測り方」をご覧ください。 BMI _____ 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)				

送付先

大阪薬業健康保険組合 健康管理課

〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5 TEL:06-6941-6352

神戸支部、京都支部所属の方も大阪本部へお送りください。

同封の返信用
封筒をご利用
ください。

※送付いただいた個人情報は、当組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、保健事業以外の目的では使用いたしません。
※当組合が申込書を受理した月の翌月以降、郵送にてクオカードをお届けいたします。