

【被扶養者《女性配偶者》対象】

健診結果連絡票

パート先健診結果(問診票)より転記の上、ご提出ください(全項目の記入が必要です)。

健康保険証の 記号・番号	記号				受診者氏名			
	番号							
受診日	年 月 日							
健診機関名								
身体計測	身長	cm	体重	kg	BMI			
	腹囲	cm 実測 自己申告 自己測定 (いずれかを○で囲んでください。)						
血圧	最高血圧(収縮期血圧)		mmHg	最低血圧(拡張期血圧)		mmHg		
血中脂質検査	中性脂肪		mg/dl	HDLコレステロール		mg/dl		
	LDLコレステロール		mg/dl	中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、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				
	Non-HDLコレステロール		mg/dl					
肝機能検査	GOT(AST)		IU/l	GPT(ALT)		IU/l		
	γ-GTP		IU/l					
血糖検査 (いずれか一方で可)	空腹時血糖		mg/dl	HbA1c		%		
尿検査	糖	— ± 1+ 2+ 3+	蛋白	— ± 1+ 2+ 3+				
医師の診断(判定)								
医師の氏名								
問診内容等	既往歴	あり						あり・なしのいずれかを○で囲んでください。 ありの場合は、内容をご記入ください。
		なし						
	自覚症状	あり						
		なし						
	他覚症状	あり						
		なし						
	服薬の有無	現在、以下の疾病を治療中で、薬を使用していますか。						
		(1)高血圧症ー血圧を下げる薬	はい	いいえ				
		(2)糖尿病ーインスリン注射又は血糖を下げる薬	はい	いいえ				
		(3)脂質異常症ーコレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい	いいえ				
喫煙習慣	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。							
	はい いいえ							
(「たばこを習慣的に吸っている方」には、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている方」で、「この1ヶ月間で毎日又はときどきたばこを吸っている方」が該当します。)								

【ご提出前に記入もれがないか必ずご確認ください】

【提出先及び問い合わせ先】

カネカ健康保険組合 [株式会社カネカ 大阪本社内]
 大阪市北区中之島2丁目3番18号 (〒530-8288)
 TEL06-6226-5034

【被扶養者《女性配偶者》対象】

がん検診補助金申請書

『健診結果連絡票』と同時にご提出ください。

被 保 険 者	健康保険証 の 記号・番号	記号		被保険者氏名		
		番号				
	事業所の 名称		所属		連絡先 電話番号	
受診者氏名 (被扶養配偶者)					生年月日	年 月 日
振込先銀行 (被保険者)		金融機関名	支店名	種目	口座No.	名義(カタカナ)
				普通 当座		
申 請 内 容			受診費用(消費税込)	補助金(健保記入)	健保補助 (受診費用が健保補助の範囲内 の場合は、受診費用全額を支給)	
	がん検診	胃検診	円	円	5,000円	
		子宮癌検診	円	円	5,000円	
		乳癌検診	円	円	5,000円	

※健康保険証を使用し受診した場合は、補助の対象になりません。

※市町村が実施するがん検診受診費用の自己負担分は補助の対象です。

【受診期間】 4月1日～翌年3月31日
【添付書類】 『領収明細書(原本)』(検診内容が記載されていること)
【申請期限】 翌年4月10日健康保険組合必着
【支給時期】 毎月10日健康保険組合受付分を当月末に指定の銀行に振込

【提出先及び問い合わせ先】
カネカ健康保険組合 [株式会社カネカ 大阪本社内]
大阪市北区中之島2丁目3番18号(〒530-8288)
TEL06-6226-5034