

【被扶養者《女性配偶者》対象】

パート先受診特定健康診査結果連絡票

健康結果（問診票）より転記の上、2ページ目の『標準的な質問票』と共にご提出ください。
 （健康結果には以下の内容がすべて含まれている必要があります。）

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		kg/m ²			
	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					
採血時間（食後）	食後10時間以上 食後3.5時間以上10時間未満（いずれかを○で囲んでください。） ※食後10時間以上の場合 空腹時中性脂肪・空腹時血糖として判定 食後3.5時間以上10時間未満の場合 随時中性脂肪・随時血糖として判定											
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	AST(GOT)		U/L	ALT(GPT)		U/L						
	γ-GT(γ-GTP)		U/L									
血糖検査 (いずれか一つ記入)	血糖		mg/dl	HbA1c(NGSP)		%						
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										
		なし										
	自覚症状	あり										
		なし										
	他覚症状	あり										
		なし										

【ご提出前に記入もれがないか必ずご確認ください】

【受診年度の翌年4月10日までにご提出ください】

【提出先及びお問い合わせ先】

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

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきました特定健康診査結果連絡票は標準的な質問票回答内容と共に、特定健康診査として管理、保健指導・報告及び事業運営管理に使用します。受診者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。

標準的な質問票

右端の回答欄に1～8の数字を記入、または該当の数字を○で囲んでください。

	質問項目	選択肢	回答
	1～3の質問は、現在、医師の診断・治療のもとで服薬している方は、「はい」を選択してください。		
1	血圧を下げる薬を使用していますか。	① はい ② いいえ	
2	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。	① はい ② いいえ	
3	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。	① はい ② いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい ② いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	① はい ② いいえ	
8	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方」には、条件1と条件2を両方満たす方が該当します。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	① はい（条件1と条件2を両方満たす） 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） ③ いいえ（①②以外）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	① はい ② いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	① はい ② いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	① はい ② いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② ふつう ③ 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	① はい ② いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	① はい ② いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「⑦やめた」には、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方が該当します。）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ	

【被扶養者・任意継続被保険者対象】

がん検診補助金申請書

被 保 険 者	健康保険証 の 記号・番号	記号			被保険者氏名	
	事業所の 名称	番号	所 属		連絡先 電話番号	
	受診者氏名					生年月日
基 本 健 診 受 診 方 法 (1. 2. 3. い ずれかの番号に○をつ け、基本健診受診内 容をご記入ください)	1. カネカ健保発行 『特定健康診査受診 券』を使用して受診		健診機関名			
	2. カネカ健保指定健 診会場において受診 (会場で健診日にがん 検診が受診できなかった 場合)		健診内容	① 人間ドック ② 京都工場保健会主婦健診 a.事業所巡回 b.共同巡回 ③ イーウェル一般健診A1コース《施設型》		
			健診機関名 又は会場名			
			受診日	年 月 日		
	3. [女性配偶者のみ] パート先における受診 (パート先健診結果を『特定健康診査結果連絡票』に転記の上、ご提出ください)					
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)		健保補助金額	
	がん検診	胃 検 診	円	円	全額 (5,000円限度)	
		子宮癌検診	円	円	全額 (5,000円限度)	
		乳癌検診	円	円	全額 (5,000円限度)	

※健康保険証を使用して受診した場合(3割負担)は、補助対象外です。

※市町村が実施するがん検診受診費用の自己負担分は、補助対象です。

【受診期間】 4月1日～翌年3月31日

【添付書類】 『領収証貼付台紙』

女性配偶者のパート先健診受診時の補助金申請の場合は、『特定健康診査結果連絡票』

【申請期限】 受診年度の翌年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

【申請書提出先及びお問い合わせ先】

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

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきましたがん検診補助金申請書は、補助金支給決定及び事業運営管理に使用します。
受診者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。

【がん検診補助金申請用】

領収証貼付台紙

【領収証必須項目】

- ①受診者氏名（フルネーム）
- ②受診年月日
- ③検診費用
- ④受診したがん検診の内容（複数のがん検診を受診した場合は、名称及び費用内訳）
- ⑤健診機関の住所・名称・領収印

領収証・明細書は**原本**を重ねないように貼り付けてください。用紙が足りない場合は、A4版用紙をご準備の

こちらに貼り付けてください。

※領収証は返却出来かねますので予めご了承ください。