

健診結果提出ポイント申請書



提出日：20 年 月 日

※4/1～翌年3/31までの受診分⇒毎年4/20必着

■申請者の情報をご記入ください

被保険者証記号				被保険者証番号(右づめ)								被保険者氏名					

健診受診者氏名		被保険者 との続柄	性別	生年月日			
(姓)	(名)			年(西暦)		月	日
カナ			男・女				
漢字							
住所	〒 - 都道府県		市区町村				
平日 連絡先	-		連絡可能 時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可			
受診した 医療機関名			健診受診日 (西暦)	20 年 月 日			

■下記の質問項目についてご記入ください ※健診結果の一部となります

質問項目 (健診受診日時点の状況でお答えください)	回答 (□にチェックを入れてください)
● 血圧を下げる薬*を飲んでいませんか。 *医師が処方したもの	<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*を飲んでいませんか。 *医師が処方したもの	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● コレステロールや中性脂肪を下げる薬*を飲んでいませんか。 *医師が処方したもの	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ

■検査項目チェック表

区分	検査項目 (□にチェックを入れてください)
身体測定	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲
血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧
生化学検査	<input type="checkbox"/> 空腹時中性脂肪 <input type="checkbox"/> 随時中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール <input type="checkbox"/> LDLコレステロール <input type="checkbox"/> AST (GOT) <input type="checkbox"/> ALT (GPT) <input type="checkbox"/> γ-GT (γ-GTP)
血糖検査	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 <input type="checkbox"/> 随時血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白

■提出先・方法

・本申請書と、パート等勤務先での健診結果コピーと一緒に、下記へご提出ください。

〒351-0188 埼玉県和光市本町8-1 ホンダ健康保険組合 健やかポイントプログラム係

※社内便でも提出可能ですが、必ず封筒に入れて「親展」と記載してください。