

各医療機関 殿

大阪市北区本庄東2丁目3番41号

きんでん健康保険組合

家族健康診断についてお願い

当健康保険組合におきましては、日頃健康診断を受ける機会の少ない家族の方々を対象として「健康診断」を奨励し、受診者に補助金を支給いたしております。

については各医療機関、諸先生方のご協力を得て健康管理の促進、疾病予防の実効を高めるため、下記の要領により検査の上ご指導賜りますよう、何卒格別のご高配をお願い申し上げます。

記

(1) お願いする検査項目

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 診 察 | 9. 眼 底 検 査 |
| 2. 身 体 計 測 | 10. 血 清 ク レ ア チ ニ ン |
| 3. 血 圧 測 定 | 11. 胸 部 X 線 検 査 |
| 4. 肝 機 能 検 査 | 12. 子 宮 が ん 検 診 |
| 5. 血 中 脂 質 検 査 | 13. 乳 が ん 検 診 |
| 6. 血 糖 検 査 | 14. 心 電 図 測 定 |
| 7. 尿 検 査 | 15. 胃 レ ン ト ゲ ン 検 査 |
| 8. 血 液 学 検 査 | (胃カメラ可) |

(2) 検査の結果は裏面の請求書に、必要事項をご記入いただくか、医療機関発行の健診結果表を受診者にお渡しいただき、受診者よりその結果表（コピー可）が、当健保に提出されるようにご指導いただければ幸いです。

(3) 特定健康診査項目は必ず診断くださるようお願いいたします。

(1. 診察～7. 尿検査まで)

家族健康診断補助金請求書

きんでん健康保険組合

(被保険者記入欄)

被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small>	健康保険証 記号・番号	健康保険証 記号	健康保険証 番号	所属	室・部 支店・社
受診者氏名 <small>(フリガナ)</small>	続柄	生年月日	年	月	日(歳)
委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される 家族健康診断補助金 の受領を委任します。				
	年	月	日	被保険者氏名	印

(医師記入欄)

検査結果 (数値又は所見)

診察	既往歴	尿検査	尿糖
	自覚症状	尿検査	尿蛋白
	他覚症状	血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値
身体計測	身長	血液学検査 (貧血検査)	血色素量
	体重	血液学検査 (貧血検査)	赤血球数
	腹囲	眼底検査	
	BMI	血清クレアチニン検査(eGFR)	
血圧等	血圧	子宮がん検診	(所見)
肝機能検査	AST(GOT)	子宮がん検診	
	ALT(GPT)	子宮がん検診	
	γ-GT(γ-GTP)	子宮がん検診	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	乳がん検診 (マンモ・超音波) (いずれも可)	(所見)
	随時中性脂肪	乳がん検診 (マンモ・超音波) (いずれも可)	
	HDL-コレステロール	乳がん検診 (マンモ・超音波) (いずれも可)	
	LDL-コレステロール	乳がん検診 (マンモ・超音波) (いずれも可)	
	(Non-HDLコレステロール)	乳がん検診 (マンモ・超音波) (いずれも可)	
血糖検査	空腹時血糖	心電図	(所見)
	HbA1c	心電図	
	随時血糖	心電図	

胸部X線検査 (所見)



胃レントゲン検査 (所見)
(胃カメラ可)



(総合所見・保健指導)

健診日： 年 月 日

健診機関

担当医師

印

(健保組合記入欄)

支給額	円
-----	---

決裁	常務理事	事務長	担当者	出納	資格照合	決議入力日

※領収書(原本)を添えてご請求ください。

2024年4月改訂

問 診 票

※健診を受診される前に、受診される方本人がご記入ください。

被保険者氏名	<small>(フリガナ)</small> -----	健康保険証記号・番号	<small>(記号)</small> -----	<small>(番号)</small> -----	所属	室・部 支店・社
受診者氏名	<small>(フリガナ)</small> -----	続柄	生年月日	年	月	日(歳)

	質 問 項 目	回 答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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る。	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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 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以上増加している。	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。	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。	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。	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、かみ合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。	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回以上ある。	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回以上ある。	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。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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 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)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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

※この問診票は健保組合へ補助金請求時に提出してください。

健康をチェックしよう!!

4月～翌3月まで
年1回

30歳以上の方に限ります 20,000円まで補助

家族健診を受けましょう!!

(家族健康診断を受けた場合、「特定健康診査」を受診したものとみなします)

家族健診実施要項

きんでん健康保険組合では、ご家族(30歳以上の被扶養者)の方を対象に、家族健診を実施しています。

健康を維持するためには、定期的に健診を受けてご自身の体の状態を客観的に知っておくことが必要です。健診で病気が見つかったら、早期発見・早期治療ができれば、大事に至らずに済みます。実施要項をご覧ください、積極的に受診されることをおすすめいたします。

対象者

- 被扶養者で30歳以上の方。
- 任意継続被保険者および特例退職被保険者は本人・被扶養者とも30歳以上の方が対象者となります。

受診の方法

「問診票・家族健康診断補助金請求書」を、受診希望される医療機関へ持参して、受診してください。

受診項目

- (1) 診察
- (2) 身体計測
- (3) 血圧測定
- (4) 肝機能検査
- (5) 血中脂質検査
- (6) 血糖検査
- (7) 尿検査
- (8) 血液学検査
- (9) 眼底検査
- (10) 血清クレアチニン
- (11) 胸部X線検査
- (12) 子宮がん検診
- (13) 乳がん検診
- (14) 心電図測定
- (15) 胃レントゲン検査(胃カメラ可)

注*前述の(1)診察から(7)尿検査までは受診必須項目です。ひとつでも未受診の項目がありましたら、補助金の支給が不可となりますので、ご注意ください。
また、(8)血液学検査から(15)胃レントゲン検査まではオプション検査として、受診希望の検査を選択してください。医療機関が2カ所になっても結構です。
(例・内科と産婦人科)

補助内容

健診費用のうち20,000円

補助金の支払い

「問診票・家族健康診断補助金請求書」が健保組合へ到着後、お手続きし、お支払いいたします。なお、支払額は「給付金支給額のお知らせ」の中で、通知いたします。
また、任意継続・特例退職被保険者につきましては、指定口座に振り込みにて、お支払いいたします。
※20,000円を超える部分につきましては、自己負担となります。

お問い合わせ および健診料請求先

〒531-8550 大阪市北区本庄東2丁目3番41号
きんでん健康保険組合
☎ 06(6375)6073