

健診結果のご提出について

この度は健康診断結果提出のご協力をいただき誠にありがとうございます。

J. フロント健康保険組合では国の方針に基づき特定健康診査受診対象者（40～74 歳のご加入者）の健診結果を国へ報告する義務があり、40～74 歳の健保加入者の方でパート・アルバイト先・個人等で健診を受診した方の健診結果票のご提供をお願いしています。

下記の必要書類をご送付下さいますようお願い申し上げます。

- 1 健診結果表（コピー）※以下【検査項目】参照
- 2 次ページの質問票

なおご送付いただく健診結果表に下記の検査項目が含まれていることをご確認ください。
項目が該当していることが確認できましたら、後日図書カード 3,000 円を進呈させていただきます。

※お時間要する場合がございます。

国が定める特定健康診査【検査項目】

身体計測	身長 体重 腹囲 BMI 血圧（最高/最低）
血液検査	中性脂肪、HDL コレステロール LDL コレステロール 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）） 空腹時血糖またはHbA1c（NGSP）検査
尿検査	尿糖 尿たんぱく
その他	診察 他覚所見 健診を受けた機関（病院）名 健診を実施した医師の氏名 検診を受けた日

質問票

被保険者様氏名 様

※保険証をご確認ください。

被扶養者様氏名	様	記号	番号
---------	---	----	----

問診項目の確認（※該当に☑を記入してください）

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬を使用 <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用 <input type="checkbox"/> コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用
喫煙歴	現在たばこを習慣的に吸っていますか。 <input type="checkbox"/> はい（条件 1 と条件 2 を満たす） <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（条件 2 のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ ※「習慣的に吸っている者」とは条件 1、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 か月以上吸っている又は合計 1 0 0 本以上吸っている」
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
腹囲	cm