

重要

40歳以上のご家族のみなさまへ 健保組合からのお願いです！

健診結果(写) + 確認表 を提出いただいた方に・・・



2024年度
(2024.4.1～2025.3.31)
健康診断
結果用紙(写)



裏面健診項目
確認表

健保へ送付



先着順

JTB商品券(2,000円分)をプレゼント



JTB商品券
(2,000円分)

健康保険料UPの危機



40歳以上の奥様などのご家族の健診受診率は**30%**と低いため、高齢者医療制度への当健保組合の負担金が増額されることが危惧されます！このままでは近い将来、健康保険料率を上げざるを得ない状態です。

そのため**皆様のパート先の健診結果のご提出をお願いいたします！！**

※健診を受けていない方は当健保組合からご案内する費用補助のある健診をご利用いただくか、人間ドックを受診し費用補助を申請してください。

※商品券プレゼントは下記支給要件を全て満たしている方が対象です

- ☆40歳以上の被扶養者（被保険者が扶養する奥様などの家族）である
- ☆名古屋木材健保共同巡回健診（株式会社あまの創健）を受けていない
- ☆名古屋木材健保発行の「特定健診受診券」を利用していない
- ☆人間ドックの補助金申請を利用しない
- ☆2024年4月1日以降に受けた健診結果である
- ☆健診結果に裏面の健診項目確認表必須項目がすべて記載されている

※検査項目の未実施等の不備があった場合は、プレゼントの対象外になりますので、ご注意ください

※プレゼントは、上記支給要件をすべて満たしている方のご自宅へ郵送いたします

提出期限 令和7年8月31日到着まで

★40歳未満のご家族の健診結果も是非ご提出ください！★

ご提出いただくことにより、マイナポータルで健診結果を閲覧できるようになります（プレゼントは対象外です）

利用目的：健診結果等の個人情報、個人情報保護法に基づき厳重に管理し、関係データを分析のうえ、健康管理や病気予防の支援に役立っています。

【健診結果の提出先】【問い合わせ先】
〒460-0017 名古屋市中区松原2-18-10
名古屋木材健康保険組合 担当者 宛
☎:052-321-7025

健診項目確認表

ご提出いただく健診結果に下記項目が記載されているかご確認のうえ、チェック欄にチェックをお願いします。
 なお、実施していない項目がある場合は、特定健康診査としてお取り扱いができません。

すべての項目がチェックできた場合のみプレゼント対象となりますので、ご記入後、必ず健診結果と一緒に
 ご提出ください。 ※健診項目確認表のみお送りいただいた場合はプレゼント対象外となります。

被保険者証 記号・番号	-	受診者 氏名	
----------------	---	-----------	--

区分	チェック欄	健診結果等必須項目
問診	<input type="checkbox"/>	※ 喫煙歴
	<input type="checkbox"/>	※ 服薬情報(血圧、血糖、脂質)
健診等	<input type="checkbox"/>	身長
	<input type="checkbox"/>	体重
	<input type="checkbox"/>	腹囲
	<input type="checkbox"/>	BMI
	<input type="checkbox"/>	血圧(最高血圧・収縮期/最低血圧・拡張期)
	<input type="checkbox"/>	中性脂肪(空腹時または随時)
	<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)
	<input type="checkbox"/>	血糖(空腹時血糖 または HbA1c(ヘモグロビンA1c)または 随時血糖)
	<input type="checkbox"/>	尿糖
	<input type="checkbox"/>	尿蛋白
	<input type="checkbox"/>	健診機関(病院)名
<input type="checkbox"/>	医師の診断(総合判定など)	
<input type="checkbox"/>	医師氏名(診断医、判定医など)	
その他	<input type="checkbox"/>	氏名
	<input type="checkbox"/>	生年月日
	<input type="checkbox"/>	性別
	<input type="checkbox"/>	受診年月日
	<input type="checkbox"/>	年齢 ※40~74歳

※上記 健診結果必須項目(赤字部分)が健診結果表に含まれない場合は、下記赤枠内もチェックをお願いします。

該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください	右記の薬を医師の診断、治療 のもとで使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
	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ヶ月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ