健康診断結果送付書

お勤め先・市区町村健診・かかりつけ医等で健康診断を受けた方へ

以下①②③を漏れなく記入し、**必ず健診結果のコピーと本紙（健康診断結果送付書）を同封し、ご送付ください。**

①2026年4月～2027年3月の間に受診した健康診断結果をお手元にご準備いただき、
該当検査項目の健康診断結果が記載されているかのチェックをお願いいたします。

※下記「特定健診結果項目」「その他」すべて満たしている場合、**必ず健診結果のコピーと合わせてご提出**をお願いいたします
※下記「特定健診結果項目」「その他」すべて満たしていない場合や、文字切れ、文字・数値の不明瞭などの不備がある方は、
健診結果をご提出いただいても、プレゼントは進呈できかねますのでご了承ください
※提出書類は申請受付後、返却できかねますのでご了承ください

特定健診検査項目	診察・測定		□既往歴 □自覚症状 □他覚症状 □医師の診断（判定） □身長 □体重 □腹囲(または内臓脂肪面積) □BMI □収縮期血圧 □拡張期血圧
	血液検査	脂質	□空腹時または随時中性脂肪 (TG) □HDLコレステロール □LDLコレステロールもしくはNon-HDLコレステロール
		血糖	□空腹時血糖 (BS) またはヘモグロビンA1c (HbA1c) または随時血糖
		肝機能	□AST (GOT) □ALT (GPT) □γ-GT (γ-GTP)
	尿検査		□尿糖 (US) □尿蛋白
その他			□受診日 □受診機関名称 □受診機関の電話番号または住所 □健康診断を実施した医師の氏名

②特定健診問診についてご記入ください。

1	血圧を下げる薬を飲んでいますか。		□はい □いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。		□はい □いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。		□はい □いいえ
4	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ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	□❶はい（条件1と条件2を両方満たす）	□❷以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない（条件2のみ満たす）　□ いいえ（❶❷以外）
5	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。		□はい □いいえ

③受診者の情報をご記入ください。

所属団体コード	141			保険証記号	
所属団体名称	ジェイアールグループ健康保険組合			保険証番号（7桁未満は先頭に0を記入）	
フリガナ			□男性 □女性	生年月日（西暦）	年 月 日
氏名	（姓）	（名）			
ご自宅住所	〒 －	都道府県	市区町村		
				メールアドレス	
日中連絡先	―	―		連絡可能時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可
受診健診機関名				健診受診日（西暦）	2 0 2 年 月 日
受診健診機関住所			受診健診機関電話番号	―	―