

パート先等の健診結果 提出用紙



※ご注意※ 手順に沿ってゆっくり、丁寧に記入ください。

不備により再提出となった場合、**郵送料**を再度**ご負担**いただくことになります。

手順① 健康保険証を確認して、下図の赤太枠内を記入してください。
健康保険証のコピーを貼り付けていただければ、記入は不要です。

健康保険 被保険者証

記号 番号

JR JR-KENPO

| | |
|--------|--|
| 氏名(カナ) | |
| 氏名(漢字) | |
| 性別 | |
| 生年月日 | |
| 資格取得日 | |

事業所所 事業所名 保険者所 保険者名 保険者名称 ジェイアールグループ健康保険組合

(注意)
この画像と異なる、健康保険証の方は対象外です

手順② 次の表に記載の項目を**全て**記入してください。

| | | |
|---|--------------------------|---|
| 年齢 | 40歳未満 ・ 40歳以上 | ← プレゼントの対象者は2024年3月31日時点で40歳以上の方に限ります。40歳未満の方は対象外です。 |
| 住所 <small>※クオカード希望者は記載の住所に送付します</small> | 〒 | |
| 電話番号 | | ※お手元の健診結果に記載されているものを転記してください。健診結果に「健診機関名称」、「医師の氏名」が記載されていない場合は、健診機関へお問合せの上、 必ずご記入ください。 |
| 健診機関名称 ※ | | |
| 医師の氏名(フルネーム) ※ | | |
| <重要> 2023年度に、JR健保の人間ドック・ご家族向け特定健診・集合契約Bによる特定健診を受診・申込はされていますか。 | はい ・ いいえ | ← JR健保の他の健診を受診の場合は対象外です。 |
| <重要> 2023年4月1日から2024年3月31日まで継続してJR健保にご加入の予定ですか。 | はい ・ いいえ | ← プレゼントの対象者は2023年度内継続してJR健保に加入されている方です。年度途中で加入・喪失された方は一時的に喪失された方も含めて対象外です。 |

手順③ お持ちの健診結果表に記載されている項目にチェックを記入してください。

| 項目 | チェック | 項目 | チェック | 項目 | チェック | |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 受診者氏名 | <input type="checkbox"/> | 血液検査 | 中性脂肪(トリグリセリド) | <input type="checkbox"/> | 医師の所見(判定) | <input type="checkbox"/> |
| 身長 | <input type="checkbox"/> | | HDLコレステロール | <input type="checkbox"/> | 健診日 | <input type="checkbox"/> |
| 体重 | <input type="checkbox"/> | | LDLコレステロール | <input type="checkbox"/> | ※2023年4月1日以降に限る | |
| 腹囲 | <input type="checkbox"/> | | AST(GOT) | <input type="checkbox"/> | 重要 お持ちの健診結果は、被保険者が勤める会社やJR健保、ウィーメックスを通じて受診した健診の結果ではない。 | はい <input type="checkbox"/> |
| 血圧(収縮期、拡張期) | <input type="checkbox"/> | | ALT(GPT) | <input type="checkbox"/> | | |
| 尿検査 | 尿糖 | | γ-GT(γ-GTP) | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 尿蛋白(尿たんぱく) | <input type="checkbox"/> | 空腹時血糖 または HbA1c または 随時血糖 | | |

チェックが1つでも欠けている

全ての項目にチェックが入っている

申し訳ございませんが、クオカード等のプレゼント対象外です。

健診結果をご提出いただきましても、クオカード等はプレゼント出来ません。健診結果は健保へは提出しないようお願いいたします。

裏面の手順④へ

手順④

次の質問表に記載の23項目に**全て**回答(当てはまる選択肢に○印)してください。

| 質問項目 | 回答 |
|---|--|
| 1 血圧を下げる薬を医師の判断・治療のもとで使用中有である。 | ①はい ②いいえ |
| 2 血糖を下げる薬又はインスリン注射を医師の判断・治療のもとで使用中有である。 | ①はい ②いいえ |
| 3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を医師の判断・治療のもとで使用中有である。 | 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る。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者 | ①はい ②いいえ |
| 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 歯や歯茎、かみあ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 | ① ② ③ |
| 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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 | ①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない) |
| 19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、ウイスキーダブル杯(60ml)、焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml) | ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3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 すで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) | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 | ①はい ②いいえ |
| 23 希望のプレゼントについて、○をつけてください。 今回、JRKenPointを選択いただくと、過去最大の3500円相当をプレゼントします。 ※JRKenPointは「kencom」アプリでアマゾンギフトやnanaco等に替えられます。 付与にあたっては「kencom」への登録が必要です。登録がお済みでない方は、別紙「kencomのご紹介」を参照のうえ、ご登録をお願いします。 | ① クオカード (3,000円分) ② JRKenPoint (3,500円相当) ※登録アドレスをご記入ください kencomに登録したアドレス @ |

23項目を**全て**回答した方のみ手順⑤へ

手順⑤

下記をご確認のうえ、健診結果表と、この提出用紙の**2つ**を封筒に入れて提出してください。

| 確認事項 | チェック |
|---|--------------------------|
| 同封する結果票は、全体がコピーされており、手順③の全ての項目(数値)がはっきり見えますか。 | <input type="checkbox"/> |
| 手順①・②・③・④について不備が無いか再確認してください。不備がある場合は提出をご遠慮ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 郵送料は自己負担となります。配達記録と補償が付く「簡易書留」扱いでの郵送をお勧めいたします。 | <input type="checkbox"/> |
| 結果票やJR健保の資格について不備がある場合には、結果を送付いただいてもプレゼント対象外となります。(本紙提出によって、当該事項にご了承いただいたものとみなします。) | <input type="checkbox"/> |

提出期限は、

提出期限延長

2024年4月26日(金) 必着です。

※これ以降にご提出いただいても、クオカードはプレゼントしません。
ただし、健診結果が手元に届かず、期日に間に合わない場合は
ご相談ください。

※ご提出頂いた健診結果表のコピー及び本紙は返却しません。

※万が一、不備があった場合は電話連絡いたしますが、
つながらない場合は対象外として提出書類を裁断処理します。

▼ 郵送先: 切り取ってご利用ください。

〒025-0076
岩手県花巻市城内14-55
ウィーメックス株式会社
健康検診事業部 事業管理部

ジェイアールグループ健康保険組合担当
TEL: 0198-29-4533