

## 令和6年度の**特定健康診査受診券**の発行について

特定健診(8,000円相当)を、自己負担なしで受けることができます。

健康保険組合は、加入者の皆様の健診結果を把握することで、健康保持・推進の為の効果的な対応を取ることができます。また、40歳以上の方の健診結果を国に報告する義務がありますので、ぜひこの機会に受診していただきますようお願いいたします。

受診希望の方は、事業所の健保事務担当者（総務）へ申し込んでください。

### 1. 令和6年度申込期間

令和7年1月末日まで（受診券の有効期間は令和7年2月末日まで）

### 2. 受診券発行対象者

- (1) 40～74歳のご家族の方（被扶養者）（年齢は令和7年3月末現在）  
昭和60年3月31日以前に生まれた方
- (2) (1)に該当する方で、令和7年3月31日まで当組合に加入されている方  
（令和7年3月31日までに資格を喪失される方は対象とはなりません。）
- (3) 人間ドック、配偶者共同健診等を受診申込されている方は除きます。
- (4) 対象となる方で、パート先などの勤務先で定期的に健康診断を受けている方は、その健診結果（写し等）及び問診表（写し等）の提出にご協力ください。  
QUOカードをプレゼントいたします。詳細は後日お知らせいたしますので、健診結果はご自身で保管をお願いいたします。

### 3. 受診方法

- (1) あらかじめ、医療機関等に特定健診を受診できるか確認してください。
- (2) 「特定健康診査（質問票）」に回答  
→ 「特定健診受診券」と「マイナ保険証又は健康保険被保険者証」を持参して医療機関へ

### 4. その他

- (1) 受診者の自己負担はありません（健診費用は、当組合が負担いたします）。
- (2) 受診券発行は、当健保に依頼書が届いた後2～3日で発行します。  
被扶養配偶者の方の受診券は、「人間ドック、配偶者共同健診を申し込みされているか」の確認のため、受診券の発行が遅れることがあります。

特 定 健 診 検 査 項 目

|                  |                        |          |   |
|------------------|------------------------|----------|---|
| 診<br>察           | 質問（問診） 服薬、既往歴、貧血、喫煙など  | ○        |   |
|                  | 計<br>測                 | 身長       | ○ |
|                  |                        | 体重       | ○ |
|                  |                        | 肥満度・標準体重 | ○ |
|                  |                        | 腹囲       | ○ |
|                  | 理学的所見（身体診察）            | ○        |   |
|                  | 血圧                     | ○        |   |
| 脂<br>質           | 中性脂肪                   | ○        |   |
|                  | HDL コレステロール（善玉コレステロール） | ○        |   |
|                  | LDL コレステロール（悪玉コレステロール） | ○        |   |
| 肝<br>機<br>能      | AST（GOT）               | ○        |   |
|                  | ALT（GPT）               | ○        |   |
|                  | γ-GT（γ-GTP）            | ○        |   |
| 代<br>謝<br>系      | 空腹時血糖                  | □        |   |
|                  | 尿糖                     | ○        |   |
|                  | ヘモグロビンA1c              | □        |   |
| 尿・腎機能            | 尿蛋白                    | ○        |   |
|                  | 血清クレアチニン               | △        |   |
| 血<br>液<br>一<br>般 | ヘマトクリット値               | △        |   |
|                  | 血色素測定                  | △        |   |
|                  | 赤血球数                   | △        |   |
| 心<br>機<br>能      | 12誘導心電図                | △        |   |
| 眼<br>底<br>検<br>査 |                        | △        |   |

○：必須項目      □：いずれかの項目を実施      △：医師の判断で選択的に実施

# 特定健康診査受診券発行依頼書

(令和6年度)

三重交通健康保険組合 御中

事業所名：

事務担当者名：

受診券発行依頼日：令和 年 月 日

|       |   |
|-------|---|
| 記号・番号 | — |
| 被保険者名 |   |
| 事業所名  |   |

| 続柄 | 受診者名 | 年齢 |
|----|------|----|
|    |      |    |
|    |      |    |
|    |      |    |
|    |      |    |

健保記入欄：令和 年 月 日

|  |
|--|
| <p>( ) 受診券を発行します。</p> <p>( ) 受診券の発行は以下の理由によりできません。</p> |
|--|

|     |
|-----|
| 確認欄 |
|     |