

2025年度内健診結果のご提供が対象 (健診日：2025年4月1日～2026年3月31日) 提出日 ○○○○年 ○○月 ○○日

【QUOカード申請用】2025年度被扶養者健診結果送付票

(健保補助金を受けず、健診結果のみご提供頂ける方)

被 保 険 者	保険証の記号・番号	記号 ○○○	番号 ○○○○○○○	フリガナ 被保険者氏名	トウレ タロウ 東レ 太郎		
	事業所名称	○○会社 △△事業所		所属 連絡先	□□□部○○○課 電話番号：○○○○-○○-○○○○		
健 診 を 受 診 し た 方	フリガナ	トウレ ハナコ		受診者生年月日	昭 和 平 成	○○年○○月○○日	年 齢 40
	受診者氏名	東レ 花子					
	受診者住所	※QUOカードの郵送先になりますので正確にご記入ください。 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○-○○ ○○ハイツ○○号室 日中連絡可能な電話番号：090-○○-○○○○					
受診医療機関名	△△△病院			健診受診日 (2025年4月1日～ 2026年3月31日)	○○○○年 ○○ 月 ○○ 日		

■ 質問票

質 問 項 目		回答 (○印にてご回答ください)
1	現在、薬を服用していますか	(1) 血圧を下げる薬 <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ
		(2) 血糖を下げる薬 <input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
		(3) コレステロールを下げる薬 <input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)、慢性腎不全にかかっている、又は治療を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
3	現在たばこを習慣的に吸っていますか? ※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、これまで合計100本以上、または6か月以上吸っている人であり、最近1か月以内にも吸っている人。	<input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
4	東レ健保の扶養者健診を受診(受診券利用含む)されましたか? ※健保補助金を受けず健診結果のみご提供頂ける方が対象(健保補助を受けておられる方は補助金申請の際に健診結果提供済)	<input type="radio"/> はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ 「はい」の場合は対象外

■ 特定健診受診基本項目チェック表

区分	検査項目 (□にチェックを入れてください)			
身体測定	<input checked="" type="checkbox"/> 身長	<input checked="" type="checkbox"/> 体重	<input checked="" type="checkbox"/> 腹囲	
血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 収縮期血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 拡張期血圧		
生化学検査	<input checked="" type="checkbox"/> 中性脂肪	<input checked="" type="checkbox"/> HDLコレステロール	<input checked="" type="checkbox"/> LDLコレステロール	<input checked="" type="checkbox"/> GOT (AST)
	<input checked="" type="checkbox"/> GPT (ALT)	<input checked="" type="checkbox"/> γ-GTP (γ-GT)		
血糖検査	<input checked="" type="checkbox"/> 空腹時血糖、またはHbA1c			
尿検査	<input checked="" type="checkbox"/> 尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白		

被扶養者健診費用補助金を申請されていない方、東レ健保の「巡回健診」、東レ健保の発行する「特定健診受診券」を利用されていない方が対象

特定健診基本項目すべての検査結果および問診票を提出いただける方が対象

(注) QUOカードはすべての検査項目を受診された方に進呈します。

■ 提出先

- 社内メールの場合：東レ滋賀事業場内 東レ健康保険組合 宛
- 郵送の場合：〒520-0842 滋賀県大津市園山1丁目1番1号 東レ健康保険組合 保健事業グループ 宛
TEL：077-537-0189

■ 提出期限 2026年4月6日 ※できるだけ早めにご提出ください。

【40歳以上の被扶養者の皆さまへ】

東レ健康保険組合

パート先またはかかりつけ医での健診結果のご提供について（お願い）

東レ健康保険組合では、被扶養者の皆さまの健康維持のため、年に一度の健診受診をお勧めしています。また、生活習慣病の発症リスクが高まる40歳以上の皆さまの健診受診状況は、国(厚生労働省)への報告が義務付けられていますが、残念ながら被扶養者の健診受診率は伸び悩んでいる状況です。つきましては、国への実績報告に反映するとともに、当組合の貴重なデータとして今後の事業運営に役立てるため、当組合の補助を受けずにパート先やかかりつけ医で健診(※)を受けられた被扶養者の皆さまには、是非下記の通り、健診結果のご提供についてご協力いただきますよう、よろしく申し上げます。

記

1.対象者（下記4項目すべてを満たしている有資格者の方が対象です）

- ① 40歳以上75歳未満（2026年3月31日時点）である方
- ② 被扶養者健診費用補助金を申請されていない方
- ③ 東レ健保の「巡回健診」、東レ健保の発行する「特定健診受診券」を利用されていない方
- ④ 以下の特定健診基本項目すべての検査結果および問診票を提出いただける方

質問項目（問診）	身長	体重	腹囲
BMI	理学的所見（身体診察）	血圧	中性脂肪
HDLコレステロール	LDLコレステロール	GOT（AST）	GPT（ALT）
γ-GTP（γ-GT）	尿糖	尿蛋白	空腹時血糖またはHbA1c

(※)かかりつけ医で健診とは、治療中の方であっても最初に行われた検査実施日から最後に実施された医師の総合判断日までの間が3ヵ月以内である健診です。



2.受診期間 2025年4月1日から2026年3月31日

3.ご提出いただきたい書類

- (1) 特定健診結果票のコピー（特定健診基本項目・健診受診日・受診医療機関名が明記されているもの）
- (2) 健診結果送付票（本紙裏面）

4.提出先

- 社内メールの場合：東レ滋賀事業場内 東レ健康保険組合 宛
- 郵送の場合：〒520-0842
滋賀県大津市園山1丁目1番1号 東レ健康保険組合 保健事業グループ 宛
TEL：077-537-0189

5.提出期限 2026年4月6日 ※できるだけ早めにご提出ください。

6.その他

- (1) 健診結果をご提供いただいた方には、情報提供のお礼としてQUOカード（1,000円分）を進呈致します。
- (2) ご提供いただいた健診結果等の情報は、特定健診・特定保健指導、国への実績報告や結果分析等今後の保健事業に利用させていただきます。それ以外の目的や第三者提供を行うことはありません。

以上