

特定健診を受けた方 全員 に QUO カード 500 円分をプレゼント！
受診券を利用した場合、この用紙は提出不要です。

※ 11月頃から順次発送予定。



受診券を使用しなかった方は、

① この用紙 と ② 健康診断(人間ドック) の写し を送付してください。

受診期限：令和9年1月末まで

－ 質 問 票 －

保険証等の記号		保険証等の番号	
氏 名		生 年 月 日	年 月 日
人間ドックや パート先での受診日	年 月 日	健 診 機 関 名	

質 問	○ をつけてください
1、血圧を下げる薬を使用していますか	1、はい 2、いいえ
2、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	1、はい 2、いいえ
3、コレステロールを下げる薬を使用していますか	1、はい 2、いいえ
4、現在たばこを習慣的に吸っていますか	1、はい 2、いいえ 3、以前は吸っていたが、最近1か月は 吸っていない
5、お酒を飲む頻度はどれくらいですか	1、毎日 2、週5～6日 3、週3～4日 4、週1～2日 5、月に1～3日 6、月に1日未満 7、飲まない(飲めない)

次の2点を確認し、チェック印 ☐ をつけてください。

☐ 受診日が今年度の4月1日以降であり、直近1回の健診結果票のコピーですか。

☐ 健診結果に次の項目が含まれていることをご確認ください。

身長、体重、腹囲、血圧、脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、
肝機能（GOT、GPT、 γ -GPT）、血糖検査（またはHbA1C）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

お問い合わせ先

[TEL:0776-35-1020](tel:0776-35-1020)

健保組合に送付する際、ご利用ください。➡

〒918-8013

福井県福井市花堂東1-26-30

社会保険診療報酬支払基金ビル2F

福井県自動車販売整備健康保険組合