

サイボー健康保険組合で特定健診を受診しない方へ

パート先、自治体等で受けた健診結果を提供してください

「特定健診」は40歳から74歳の方を対象に、メタボリックシンドローム該当者およびその予備軍を減少させ、生活習慣病の発生を未然に防ぐことを目的としています。「特定健診」を受診していただくのは、健康保険組合の義務となっています。

当健康保険組合の「特定健診」を受診せず、パート先や自治体等で「人間ドック」や「生活習慣病健診」を受診された場合、検査結果の提出のご協力をお願いいたします。

提出する物

① <健診結果添付用紙><特定健診診査 質問票>
(この用紙、表と裏面にもれなく記入)
② 健康診断結果の全てのコピー

郵送先

〒333-0842
埼玉県川口市前川1-1-70
サイボー健康保険組合

提出期間

健診受診後2ヶ月以内に郵送してください
但し、受診年度の年度末の3月末日を締切りとします
ご不明な点は、健康保険組合までお問合せください (平日 9:00~17:30 048-266-6829)

健診結果を提供していただいた方には
QUOカード¥1,000分を進呈いたします。
(ご自宅に郵送いたします)



<健診結果添付用紙> ※もれなく記入してください

記号	番号	氏名	電話番号
健診機関名		健診日	生年月日
		令和 年 月 日	昭和 年 月 日

<<必要な健診項目>>

健診結果のコピーを参考に、受診項目に漏れがないかチェックしてください
(検査項目が不足している場合には、対象となりません)

項目		チェック	項目		チェック	項目		チェック
身長		☐	血液検査	中性脂肪(トリグリセリド)	☐	受診者氏名		☐
体重		☐		HDLコレステロール	☐	健診機関名		☐
腹囲		☐		LDLコレステロール	☐	医師名		☐
血圧		☐		空腹時血糖またはHbA1c(ヘモグロビンA1c)	☐	医師の判定		☐
血液検査	AST(GOT)	☐	尿検査	尿糖	☐	他覚所見		☐
	ALT(GPT)	☐		尿タンパク	☐	検査実施日		☐
	γ-GT(γ-GTP)	☐						

※注意 裏面<特定健診診査 質問票>にももれなく記入をしてください