

回 答 書

健康保険の記号
7桁または8桁の数字をご記入ください

◆ 健診結果の提供方法を以下からご選択いただき☑の記入をお願いします。

※提供方法の詳細は同封のリーフレット「健診結果の提出はお済みですか」をご確認ください。

☐ **A. 健診機関を通して提供**

※ 裏面の「提供依頼書」をご記入のうえ、ご提出ください。 ➡ **裏面へ**

※「提供依頼書」に記載の健診機関が、協会けんぽと健診結果データ提供の委託契約を締結していない場合には、Bの提供方法となりますので、後日協会けんぽからご連絡いたします。

☐ **B. 直接提供**

下記にご記入いただく受診予定時期を基に、事業所へ健診結果の提供依頼のご案内を送付します。
メタボリックシンドローム該当等による特定保健指導を早めに希望される場合は、
個別に対応させていただきますのでご相談ください。

☐ **C. 生活習慣病予防健診を利用**

※ BまたはCを選択した場合、全員の受診が終了する予定時期をご記入ください。

➡ **令和 年 月頃**

☐ **D. 健診機関と契約（健診機関と事業所間）**

事業所と健診機関の間で、「健診機関が協会けんぽに健診結果を提供する」旨を含んだ契約をお願いします。契約を締結された際には、協会けんぽ福岡支部へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業所名

電話番号

担当者氏名

～提供対象項目～

- | | | |
|--|----------------------|----------------|
| ●健康保険の記号・番号 | ●自覚症状 | ●医師の判断 |
| ●氏名（カナ） | ●他覚症状 | ●医師の氏名 |
| ●生年月日 | ●身長、体重、BMI | ●健診実施医療機関名 |
| ●性別 | ●腹囲 | ●血圧、血糖、脂質の服薬有無 |
| ●健診実施年月日 | ●血圧 | ●喫煙有無 |
| ●既往歴 | ●肝機能検査（AST、ALT、γ-GT） | ●尿検査（尿糖・尿たんぱく） |
| ●メタボ判定 | ●採血時間 | |
| ●血中脂質検査（LDLコレステロール、HDLコレステロール、空腹時中性脂肪もしくは随時中性脂肪） | | |
| ●血糖検査（空腹時血糖、HbA1c、随時血糖のいずれか1つ） | | |

提供依頼書

健康保険の記号	
7桁または8桁の数字をご記入ください	

労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条の規定に基づき実施した健康診断結果に関し、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第27条第4項及び同法第7条第1項に規定する医療保険各法の規定（以下「高確法等の規定」という。）に基づく全国健康保険協会福岡支部（以下「福岡支部」という。）への提供について、下記のとおり委託します。

- 健診実施機関は福岡支部に対して、労働安全衛生法第66条の規定に基づき実施した健康診断結果のうち、受診年度において福岡支部の被保険者資格を有する者の特定健康診査項目及び被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって福岡支部が必要と認める情報（以下「事業主健診情報」という。）を提出すること。その際、福岡支部が指定する形式で事業者健診情報を提供すること。
- 1による提出を行う前に、健診実施機関は当事業所に対して、本書に基づき提出する旨の連絡をすること。
- 1の提出を行う際に、健診実施機関は福岡支部に対して、高確法等の規定に基づき、当事業所の委託を受けて事業主健診情報を提供することを伝えること。
- 本書については、次年度以降も効力を有すること。本書に基づく依頼を解除する際は別途連絡をすること。

令和	年	月	日
事業所情報	事業所名称		
	事業主名		
	事業所所在地		
	電話番号		
	担当者名		

受診する健診実施機関	名称												
	所在地												
	健診実施(予定)月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	名称												
	所在地												
	健診実施(予定)月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	名称												
	所在地												
	健診実施(予定)月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3

※記載いただいた健診実施機関が、健診結果の提出に関する契約を締結していない場合は、後日事業主様へ健診結果の提出依頼をさせていただきます。