

# 質問票（クオカード申請書）

特定健康診査受診券（ピンク色）を使用せず、特定健診項目を満たした健康診断結果の写し等をご提出いただいた方にクオカードを進呈します。

申請書の項目をすべて記入し、健康診断結果と特定健康診査受診券と併せて送付してください。  
本組合の助成を受けて人間ドックを受診した方は申請の対象外となります。

被扶養者等（組合員等） 記号・番号	—
氏 名	
連絡先電話番号	— —
居住地の郵便番号	〒 —

## ● お勤め先等で受けた健康診断の結果について

受 診 日 (令和7年4月1日～令和8年3月31日)	令和 年 月 日
医 療 機 関 (健 診 機 関) 名	

ご自身の健康診断結果を基に、各数値または記号等を記入してください。

特定健診項目	数値	特定健診項目	数値
身 長 ※		肝機能A S T (G O T)	
体 重 ※		肝機能A L T (G P T)	
腹 囲 ※		肝機能 $\gamma$ -G T ( $\gamma$ -G T P)	
血圧（収縮期・拡張期）	収縮期 拡張期	空腹時血糖・随時血糖・HbA1c (いずれかの項目)	
空腹時中性脂肪または随時中性脂肪 (トリグリセリドまたはTG)		尿 糖	
HDL-コレステロール		尿蛋白	
LDL-コレステロール		必ずすべての項目を記入してください	

※ 身長、体重、腹囲について、健康診断結果に記載されていない場合は自己申告（自書）でも可とします。

！！ ご注意ください ！！

上記の項目をすべて満たしていない健康診断結果の写しは、特定健診に代えることはできません。  
その場合は、特定健康診査受診券を利用し、特定健診をご受診ください。

## ● 服薬・喫煙について

1	現在、血圧を下げる薬を服薬していますか。※	①はい ②いいえ
2	現在、血糖を下げる薬の服薬 または インスリン注射の投薬をしていますか。※	①はい ②いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服薬していますか。※	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。 (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。) 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）

※ 医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指します。

※ 裏面あり ※

## ● 提出書類について

次の３点を、同封の返信用封筒に封入し、共済組合へご郵送ください。

- ① 令和７年度中にお勤め先等で受けた健康診断結果の写し（表面の項目すべてを満たしているもの）
- ② 本質問票（表面の質問に必ずご回答ください）
- ③ 「特定健康診査受診券」（ピンク色）  
下記貼り付け欄に、糊付けしてください

特定健康診査受診券（ピンク色） 貼り付け欄

※ 氏名が確認できるように貼ってください

## ● 注意事項

- ※ 以下の方については、提出いただいてもクオカード進呈の対象にはなりませんので、ご注意ください。
- ・今回同封されている「特定健康診査受診券」（ピンク色）を利用し特定健診を受診された方
  - ・人間ドックを受ける予定（既に受診された方を含みます）の方
  - ・令和７年度中に共済組合の資格を喪失している方
  - ・特定健診項目を満たしていない健診結果を提出された方

ご郵送いただいてから２～３か月後に粗品としてクオカード（1,000円分）をご自宅へ発送します