

＝ 日帰り人間ドックの申込みについて ＝

◎ 当組合のホームページに記載している受診要件、注意事項等をご確認のうえ、お申込みください。

【予約手続き】

- ① 受診者がご自身で 健保契約健診機関 または 希望する契約外健診機関へ、電話・インターネット等で予約してください。  
 ※ 健保契約健診機関は、健保ホームページの「契約健診機関一覧」でご確認ください。契約健診機関の場合、ドック費用は全額健保へ請求されますので、窓口での支払いはありません（個人負担分は、後日給与引き）。  
 予約の際、必ず「タクマ健康保険組合」に加入していることを伝えてください。  
 ※ 契約外健診機関の場合、ドック費用は窓口で全額お支払いいただき、後日補助金申請書を提出してください。
- ② オプション検査（胃カメラや婦人科検診等）を希望する方は、予約時に同時に申し込んでください。
- ③ 予約後速やかにこの「日帰り人間ドック申込書」と「質問票」をセットにして、各事業所の健診担当部署経由で健保へ提出してください。 ※ 提出後 予約の変更があった場合、必ず健保へご連絡ください。
- ④ タクマ健保は申込書等を受理後、申込書の控えを健診担当部署へ送付します（利用券・受診券の発行はしません）。

【注意事項】

- 申込みは随時受付で10月31日締切りです（締切厳守）。また、予算枠に達し次第締切ります。
- 補助の対象となるのは「日帰り（半日）ドック」のみです。「宿泊（一泊）ドック」は補助の対象となりません。
- 同一年度内に生活習慣病健診 または 特定健診（扶養家族の方）を受診されると、ドックは全額自己負担となります。
- ドックのコースは自由に選択できますが、下記の「検査必須項目」が含まれているか、必ずご確認ください。「検査必須項目」が一つでも抜けている場合、補助の対象となりませんのでご注意ください。

★ 検査必須項目 ★

医師の診察、問診 ・ 身長 ・ 体重 ・ BMI ・ 腹囲 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 血圧 ・ 胸部X線検査  
 貧血検査（血色素量 ・ 赤血球数） ・ 肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ・ 血糖検査（空腹時血糖）  
 血中脂質検査（LDLコレステロール ・ HDLコレステロール ・ 中性脂肪） ・ 尿検査（尿糖・尿蛋白） ・ 心電図

各事業所 健診担当部署 経由  
 タクマ健康保険組合 御中

## 日帰り人間ドック申込書

★ 「質問票」とセットでご提出ください

令和 年 月 日 提出

保険証 記号一 番号	被保険者氏名	会社（事業所）名		
—				
フリガナ		生 年 月 日	年 齢	性 別
受診者氏名		昭和 平成 年 月 日	歳	男 ・ 女
受診者の住所・連絡先	〒 —	TEL —	—	
受診する健診機関の 名称 ・ 電話番号		TEL —	—	
受診する コースの名称		オプション 検査	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
予約（受診）日 * 予約は各自で行う	令和 年 月 日（ ）	契約区分	<input type="checkbox"/> 契約健診機関	<input type="checkbox"/> 契約外健診機関
健保組合 住所 電話	タクマ健康保険組合 〒 660-0806 兵庫県尼崎市金楽寺町2丁目2番33号	TEL 06-6487-4800 FAX 06-6487-4850		

同意事項】※ 健診結果を会社に提出すること、及びこれにより産業医の事後指導を受けること。 ※ 健保組合が健診結果により、健康指導など疾病予防事業を委託し実施すること。 ※ 健保組合が個人情報を匿名化したデータを、医療費及び健診結果の分析に使用すること。 ※ 個人情報の取扱いには十分注意し、健保業務以外の目的には使用しませんのでご理解願います。

健保確認欄 ※ 申込者は記入しないでください	
前回受診年月 H・R 年 月 ・ 初回	本人負担割合 割 * 4万円までの左記負担割合+4万円を 超過した額 = 個人負担額

健保受付

# 質問票

◆ 全項目、漏れなく記入してください。

タクマ健康保険組合保険者番号		06281554		被保険者氏名			
被保険者証	記号			フリガナ		続柄	
	番号			受診者氏名			
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳	性別
住所	〒		—		電話番号		—

※ 回答に不備があった時は、電話等で確認させていただく場合があります

No.	質問事項	回答
1-3	現在、a から c の薬を使用していますか。	(該当項目に ☑)
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬 または インスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロール や 中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人口透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、タバコ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か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> ① はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行、または同等の身体活動を、1日1時間以上行っている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合せなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者。)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安： ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

◆ 健康診断の結果書 または 人間ドック申込書に添付して、タクマ健康保険組合まで提出してください。