

家族健診のご案内

配布対象者

- * 集団健診意向調査で個人健診を希望された方
- * 集団健診意向調査で回答のなかった方
- * 代理店・県外関連会社の方

健診の目的は、疾病の早期発見・早期治療とご自身の健康状態を確認することにあります。必ず年度1回健診をお受けください。また、「家族（奥様）が健康でないと社員は安心して働けない」との理念に基づき100%受診をスズキグループ方針としております。

健診結果は、各個人様の健康管理のために当健保組合で保管し、健診による疾病指摘分析や健康相談などの保健活動、助成金給付管理に活用させていただきますのでご承知おきください。

記

1. 実施期間 2015年 4月 1日～2016年 3月31日

2. 家族健診の検査項目

検査の種類		検査項目		費用の目安
特定健診	基本項目	必須	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質問（問診）票 ・ 身体診察 ・ 血圧 ・ 尿検査（糖、蛋白） ・ 計測（身長、体重、腹囲） ・ 血液生化学（GOT、GPT、γ-GTP、空腹時血糖、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） 	約7,000円 ～8,000円
	医師判断項目	医師判断	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心電図 ・ 眼底 ・ 血液一般（赤血球、血色素、ヘマトクリット） 	約3,000円 ～4,000円
血液一般、尿検査		任意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血液一般（白血球、血小板） ・ 尿検査（潜血） 	上の検査とセット0円
がん検診			<ul style="list-style-type: none"> ・ 胸部レントゲン ・ 便潜血 	約3,000円
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 胃部レントゲンまたは ・ 胃カメラ 	約14,000円
		婦人科	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳房（触診、マンモグラフィ） ・ 子宮（頸部細胞診、内診） 	約8,000円 ～10,000円

※ 特定健診基本項目（太字）は法律により、必ず受診してください。

※ 費用は受診される健診機関でご確認ください。

3. 受診方法 家族健診の受診方法には主に次の3種類があります。※詳細は次頁をご覧ください。

- (1) 個人で受診：誕生月に個人で健診機関や医療機関を選定して受診（特定健診を含むすべての検査）
- (2) 勤務先で受診：パート先などの勤務先での健診案内を参考に受診
- (3) **特定健診基本項目**のみ受診：特定健診受診券を発行いたしますので、当健保組合までご連絡をお願いします。

4. 助成金額 上限20,000円まで助成（助成枠をご活用いただき、がん検診も受診ください）

* 上記2. の検査項目以外は自己負担となります。

* 保険証を使用した場合は、助成の対象外となります。

5. その他 (1) 特定健診の基本項目ができ、その結果説明ができる健診機関を選んでください。

(2) 人間ドック（家族健診を含む多項目の検査ができ、費用は約4万円）をご希望される方は、別途ご案内をお送りしますので当健保組合までご連絡ください。尚、自己負担は最低でも20,000円となります。

(3) 次に該当する方は、家族健診受診保留届を当健保組合までご提出ください。

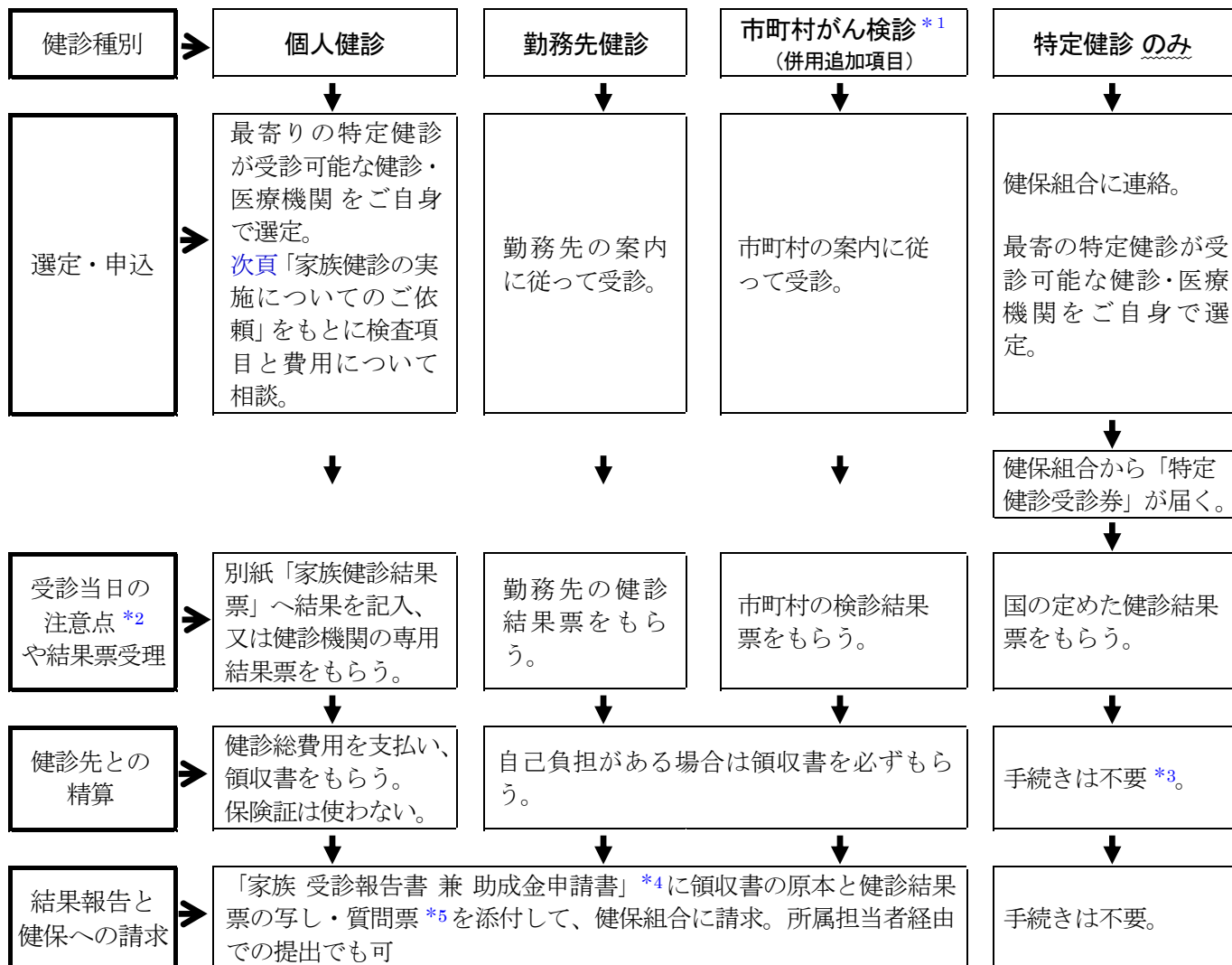
- ・ 入院中または重病（受診できないほど衰弱）の方
- ・ 妊娠中または出産後1年未満の方

(4) ご不明な点等ございましたら、当健保組合 健康管理担当までご連絡をお願いします。

電話：053-445-3850、ソフトバンク携帯：080-3910-5983

以上

受診方法 次の健診種類から、ご希望の受診方法を選び、矢印の流れで受診願います。



^{*1} 市町村がん検診は、胃・胸部・婦人科などの各種がん検診になります。多くの市町村では特定健診を受診することができません。個人健診や勤務先健診で特定健診項目を受診し、各種がん検診と併用する方式になります。市町村が発行する広報誌等をご覧ください、状況の確認をお願いします。但し、市町村検診であっても、表面2. の検査項目以外は自己負担となります。

^{*2} 受診当日は、資格確認・再検査に必要な保険証や今回同封の別紙などをご持参ください。また、空腹時血糖の検査が全員にあるため、前日21時以降は飲食をしないでください。

^{*3} 特定健診の基本項目だけを実施し、受診券を提示して受診する場合、窓口での支払いはありません。後日、支払基金を経由して当健保組合に請求されます。但し、追加項目を希望される方には受診券の発行を行いませんので個人健診等をご受診ください。

^{*4} 代理店に勤務している方で「家族 受診報告書 兼 助成金申請書」の添付がない方は、領収書の原本と健診結果票の写し・質問票を代理店 総務部健保担当者様へご提出ください。

^{*5} 健診結果票・質問票の取り扱いについて
個人情報保護のため、封筒に入れてご提出されても構いません。封筒に入っている場合の開封は、当健保組合にて行います。

健診・医療機関 様へ

スズキ健康保険組合

家族健診 実施のご依頼

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当健保組合の被保険者及び被扶養者の健診並びに診療に関し、格別のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当健保組合では、疾病予防事業として家族健診を実施いたしますので、業務ご多忙中とは存じますが、下記要領にて実施いただきますよう、お取り計らいの程よろしくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 検査内容

特定健診基本項目	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 質問（問診）票 ▪ 身体診察 ▪ 計測（身長、体重、腹囲） ▪ 血圧 ▪ 検尿（糖、蛋白、潜血） ▪ 血液生化学検査（中性脂肪、HDL、LDL、GOT、GPT、γ-GTP、空腹時血糖） 	追加可能項目	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12誘導心電図 ▪ 血液一般（白血球、血小板、赤血球、血色素、ヘマトクリット） ▪ 眼底（医師が必要と認めた際のみ実施）
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ 胸部レントゲン ▪ 胃部レントゲン または ▪ 胃カメラ ▪ 便潜血（2日法） ▪ 乳がん（視触診、マンモグラフィ） ▪ 子宮がん（頸部細胞診、内診）

※特定健診基本項目は、質問票・情報提供と合わせ必ず実施いただきますようお願いいたします。

2. 検査結果

検査終了後、病院独自の結果票もしくは、家族健診個人票にご記入後、受診者にお渡し願います。

3. 健診費用と領収書

- (1) 当健保組合の助成上限額は、税込み20,000円です。受診者に検査項目と費用について説明をお願いします。
- (2) 健診は、保険診療とはせず、費用全額を受診者より徴収願います。また、領収書は、特定健診基本項目と追加可能項目の費用内訳が分かるよう記入願います。
- (3) 上記「1. 検査内容」に記載した以外の検査は、当健保組合の助成対象ではありません。よって、領収書は助成対象分と別に発行をお願いします。
- (4) 健診の結果、精密検査や治療を必要とする場合、保険診療の適用をお願いいたします。尚、その際の自己負担3割相当分は、健診用の領収書に含めず別途発行くださるようお願いいたします。

4. 問合せ先

本件につき、ご不明な点などございましたら当健保組合宛ご連絡をお願いします。

電話 053-445-3850

以 上

受診者 ⇒ 健診・医療機関 ⇒ 受診者（質問（問診）票・家族健診結果票の受領）

家族健診結果票

健診日： 年 月 日

スズキ健康保険組合

受診者記入欄	※1 証記号番号	—	※1 被保険者名		所属略称	
	※1 受診者名			受診者 生年月日	年 月 日 (才)	
	※1 既往歴	あり () ・ なし				
	※1 自覚症状	あり () ・ なし				
	服薬歴	あり () ・ なし		喫煙歴	あり () ・ なし	

※1 質問票とセットで使用する場合、重複する箇所は何れか一方のみの記載で構いません。

	検査項目	結 果	判定	検査項目	結 果	判定	
医療機関記入欄	身体診察			心電図			
	計測	身長	. cm	血液一般	白血球	/mm ³	
		体重	. kg		血小板	万/mm ³	
		標準体重	. kg		赤血球	万/mm ³	
		BMI	kg/m ²		血色素	g/dl	
		腹 囲	. cm		ヘマト クリット	%	
	血 圧	~ mmHg		※2 眼 底			
	検 尿	糖 () 蛋白 () 潜血 ()		胸部X線			
	脂質	中性脂肪	mg/dl	胃(方)	胃部X線		
		HDLコレステロール	mg/dl		胃カメラ		
		LDLコレステロール	mg/dl		便潜血	1日目 - ± +	2日目 - ± +
	肝機能	GOT	IU/L	婦人科	乳がん	触診	
		GPT	IU/L		マンモグラフィ		
		γ-GTP	IU/L		子宮がん	内診	
	糖代謝	空腹時 血糖	IU/L		頸部 細胞診		
※3	HbA1c	mg/dl		メタボリックシンドローム判定	基準該当 予備群該当 非該当		
指導 (注意事項) 年 月 日							
※2 医師が必要と認めた場合のみ実施 眼底を必要と認めた実施理由 <div style="text-align: right;">医療機関名 担 当 医</div>							
※3 空腹時血糖が測定できない場合のみHbA1cを実施							
判定区分	A：異常なし C：日常生活注意、経過観察、定期的検査を要す E：治療継続 B：わずかな異常、日常生活支障なし D：要治療 P：要精密検査						

枠内は特定健診の基本項目です。必ず受診してください。

質 問（ 問 診 ） 票

特定健診用

スズキ健康保険組合

保 険 証 記号・番号	—	被保険者名		受診者名	
----------------	---	-------	--	------	--

		質 問 項 目	回 答	
1	1	現在、a から c の薬の使用の有無	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
	2		b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
	3		c. コレステロールを下げる薬	①はい ②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る。	①はい ②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る。	①はい ②いいえ	
6		医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがある。	①はい ②いいえ	
7		医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8		現在、たばこを習慣的に吸っている。 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者	①はい ②いいえ	
9		20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	
10		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	
11		日常生活において歩行、又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	
12		ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早い。	①はい ②いいえ	
13		この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	
14		人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	
15		就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
16		夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
17		朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
18		お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）	
19		飲酒日の1日当たりの飲酒量 （清酒1合（180ml）の目安： ビール中瓶1本（約500ml）、ワイン2杯（240ml）、 焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml））	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上	
20		睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②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うか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6ヵ月以内） ③近いうちに（概ね1ヵ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6ヵ月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）	
22		生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用するか。	①はい ②いいえ	
23		既往歴（ありの場合： ）	①あり ②なし	
24		自覚症状（ありの場合： ）	①あり ②なし	

※全ての質問に対し、回答欄の該当する番号に○を付けてください（回答は、正しく○を付けてください。回答結果により特定保健指導の区分が変わります）。また23・24番は、ありの場合その内容を記入してください。