

お勤め先やかかりつけ医等で健診を受診されている方へ

当健保では、30歳以上のご家族（被扶養者）の方で、お勤め先等で健診を受診された方には、健診結果のご提出をお願いしています。



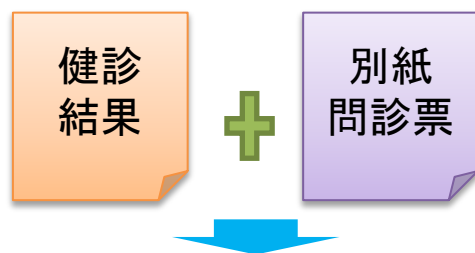
【対象者】30歳以上の被扶養者/任意継続被保険者

【提出期限】2023年5月10日必着

【対象の健診】2022年4月1日～2023年3月31日に受診した健診結果（下記表の特定健診項目が必須です。）

検査項目		必須項目	
診察	問診	問診票(特定健診必須4項目含む) ●	
	理学所見	既往歴 ●	
		自覚症状 ●	
	他覚症状 ●		
身体測定等	身長 ●		
	体重 ●		
	BMI ●		
	腹囲 ●		
	内臓脂肪面積	どちらか1つ以上 ●	
	血圧 ●		
尿検査	尿糖(US) ●		
	尿蛋白 ●		
生化学検査	脂質	中性脂肪(TG) ●	
		HDLコレステロール ●	
		LDLコレステロール ●	
		non-HDLコレステロール	どちらか1つ以上 ●
	肝機能	GOT(AST) ●	
		GPT(ALT) ●	
		γ-GTP(GGT) ●	
	血糖	空腹時血糖(BS) ●	
グリコヘモグロビンA1c(HbA1c)		いずれか1つ以上 ●	
随時血糖			

別紙「住友ファーマ健康保険組合 問診票」に記入の上、健診結果（コピー）とともに（株）イーウェルへ送付ください。



お送りいただいた方に
Smart Life Point 2,000
ポイント(2,000円分に相当)
 をプレゼント致します。

Smart Life Point制度
 についてはこちら



【お問合せ先】

(株)イーウェル健康サポートセンター TEL:0570-057091

※ 上記番号がご利用いただけない場合は[050-3850-5750]をご利用ください。
 受付時間 9:30~17:30 休業日のご案内:日曜・祝日・12/29~1/4

住友ファーマ健康保険組合 問診票

次の質問項目にご回答の上、健診結果（コピー）とともに「株式会社イーウェル 健診事務センター」にご提出ください。健診機関や健保組合への提出は不要です。
なお、記入漏れや回答に不備がございますと、ご返却・お問合せをさせていただく場合がございます。

	質問項目	回答欄
1	血圧を下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っている（ここ1ヶ月間吸っている）。	① はい ② いいえ

健保名： 住友ファーマ健康保険組合

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険証記号番号： _____

日中連絡先： _____

提出期限は
2023年5月10日
です。



送付前にご確認ください

 健診結果・問診は今年度(2022年4月1日～2023年3月31日)のものである 問診票に記載した氏名は健診結果の氏名と相違ない

【送付先】

〒699-0203

島根県松江市玉湯町布志名767番地31

「株式会社イーウェル健診事務センターデータ管理C②係

