

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。



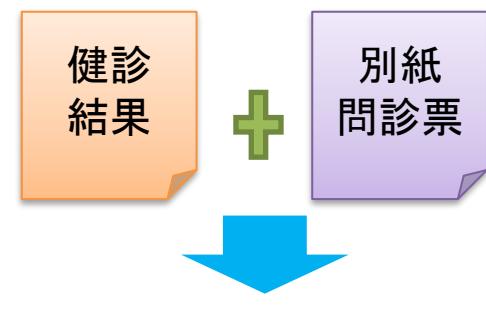
【対象者】30歳以上の被扶養者/任意継続被保険者

【提出期限】2026年5月8日必着

【対象の健診】2025年4月1日～2026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	
尿検査		血圧	
生化学検査		尿糖 (US)	
		尿蛋白	
		空腹時中性脂肪 (TG)	
		HDLコレステロール	
脂質	LDLコレステロール		
	non-HDLコレステロール		
肝機能	どちらか1つ以上		
	GOT (AST)		
	GPT (ALT)		
血糖	γ -GT (γ -GTP)		
	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
Smile Point 2,000ポイント(2,000円分に相当)を
プレゼント致します。

Smile Point
制度について
こちら



【お問合せ先】

(株)イーウェル健康サポートセンター  0570-057091

受付時間 9:30～17:30 休業日のご案内：日曜・祝日・12/29～1/4

※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。

※個人情報保護の観点から、健診結果を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。

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。 ※「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カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	① はい(条件1と条件2を満たす) ② 以前吸っていたが、最近1カ月は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)
5	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： 20 年 月 日

生年月日： 年 月 日

保険証記号番号： _____

日中連絡先： _____

 送付前にご確認ください

健診結果・問診は今年度(2025年4月1日～2026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。

※相違がある場合は、健診結果の氏名を問診票氏名右側にご記載ください。

提出期限は
2026年5月8日
です。

【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

