常務理事	事務長	担当者	担当者

健康診断結果提供　クオカード支給申請書（被扶養者）

健診結果（コピー）、問診票および当申請書をご記入のうえ、郵送（レターパック等）にてご提出ください。

日本酸素健康保険組合　理事長殿
下記の通り、申請をいたします。

年　　月　　日

被保険者					
記号		番号		氏名	

受診者氏名			
年齢		健診受診日	年　　月　　日
受診者 住所 （当健保へご登録の住所とお届け先が異なる場合は、クオカードのお届け先をご記入ください）			左住所に簡易書留で お送りします
〒			□ クオカード（3000円分）
電話番号	※確認事項等で、お電話させていただく場合がございます。		

確認項目（全ての項目を満たしている必要があります）

□　40歳以上で日本酸素健康保険組合に加入している

□　今年度、当健保の補助で「特定健診」を受けていない。また、受診する予定もない

□　提供する健診結果は、今年度に受けた健診である（4月1日～3月31日）

□　健診結果に以下の項目がすべて含まれている

身体測定	□　身長	□　体重	□　BMI	□　腹囲
血圧	□　血圧（最高血圧/最低血圧）			
血中脂質	□　中性脂肪	□　HDLコレステロール	□　LDLコレステロール	
肝機能	□　AST（GOT）	□　ALT（GPT）	□　γ-GT(γ-GPT)	
糖代謝	□　空腹時血糖　または 随時血糖		□　ヘモグロビンA1c（HbA1c）	
尿検査	□　尿糖	□　尿たんぱく		

当組合では、健康管理事業の実施に必要な範囲で健診結果等の個人情報を利用し、保健指導や健康増進事業等の一部を外部事業者へ委託する場合があります。なお、本申請書の提出をもって、これらの利用に同意いただいたものとします。

申請期限：当年度健診分は、3月10日までに申請をお願いいたします。

送付先・問い合わせ先
〒142－0062　東京都品川区西小山１-3-26 保健事業担当　日本酸素健康保険組合　　電話：03-5788-8132