

パート先や市区町村で 健診を受ける方はこちら！

健保組合には **40歳以上の方の健診結果を国に報告する義務** がありますが、パート先や市区町村で健診を受けた方は健保にデータがないので**"未受診"**となってしまいます。

受診後、お手元に健診結果表が届いたら下記STEP1～3を記入し、**こちらの用紙と健診結果表（コピー）**を健保へ郵送するだけでOK！ご協力のほどよろしくお祈いします。

ご提出いただいた方には **商品券1,000円分**をプレゼント！

※商品券の送付は40歳以上の方のみとさせていただきます

STEP 1 | 下記質問にお答えください

質問	回答欄	
トヨタ車体健保の家族健診を受けますか？	1. 受けない	2. 受ける
お持ちの健診結果表は2024度 (2024年4月1日～2025年3月31日)のものですか？	1. はい	2. いいえ
既往歴について	1. あり (病名 :)	2. なし
自覚症状について	1. あり (肩こり・腰痛・目の痛み・動悸・息切れ・ その他の症状 :)	2. なし
現在、(a)～(c)の薬の使用有無について		
(a) 血圧を下げる薬(高血圧の薬)	1. はい	2. いいえ
(b) インスリン注射または血糖を下げる薬	1. はい	2. いいえ
(c) コレステロールを下げる薬	1. はい	2. いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、または合計100本以上吸っている	1. はい (条件1・2両方満たす)	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) 3. いいえ (1・2以外)

(注)"受ける"と回答された方は
商品券送付対象外です

STEP 2 | ご自身の『健診結果表』に下記必要項目が記載されているか✓

必要項目		
<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> GOT (AST)	<input type="checkbox"/> 尿糖
<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> GRT (ALT)	<input type="checkbox"/> 尿蛋白
<input type="checkbox"/> 身長	<input type="checkbox"/> γ -G T	<input type="checkbox"/> 健診受診日
<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (TG)	<input type="checkbox"/> 健診機関名
<input type="checkbox"/> B M I	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> 医師の診断
<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> 診断した医師名
<input type="checkbox"/> 腹囲 (自己測定でも可)	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 または HbA1c	

<不足項目がある場合>

ご自身で数値等を健診結果表コピーの空欄にご記入ください。(鉛筆不可)

<トヨタ車体健保の健診ではないか要確認>

健診結果表の事業所名などに「トヨタ車体健保」と記載がある場合、用紙中面の健診を受診しています

STEP 3 | 健診受診者情報を記入

※粗品の送付先となります

保険証記号		保険証番号	
フリガナ			
受診者氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日
住所	〒 -		
電話番号			

STEP 4 | 本紙と健診結果表を下記まで郵送

提出先 (郵送推奨)	〒448-0002 愛知県刈谷市一里山町金山100 ウェルプラザ トヨタ車体健康保険組合 健診担当宛て
提出期限	2025年5月末 必着
その他	■不足項目があった場合、ご連絡差し上げることがございます ■粗品はご提出から1～3か月後に郵送させていただきます ■コピーが難しい方は原本をご送付ください (後日返却いたします) 原本をご送付の方は必ずこちらに✓を入れてください → <input type="checkbox"/>