

2023年度 三菱ケミカル健康保険組合 お勤め先・市区町村等で受診された健診結果ご提出のお願い

健康診断事務委託先：株式会社イーウェル

平素は当健康保険組合の事業運営にご協力いただきありがとうございます。

当健康保険組合では、当組合が実施する健康診断を受診されず、別途パート先等のお勤め先・市区町村等で健康診断を受診される35歳以上の被扶養者の方へ健診結果のご提出をお願いしております。

下記内容をご確認いただき「健診結果のコピー」および「健康診断結果送付書」のご提出をお願い致します。ご提出いただいた書類に不備等がない場合は、QUOカード(1,500円分)を進呈させていただきます。

○提出書類

①2023年4月1日～2024年3月31日の期間に受診された健診結果のコピー
(パート先等のお勤め先・市区町村等で受診したもの)

②健康診断結果送付書 (別紙)

○書類の提出期日

2024年4月30日 (火) 必着

※申請書類は個人情報を含む信書に該当するため、送付の際は『簡易書留』等をご利用の上
発送をお願いします

○注意事項

- 健診結果のご提出は年度内1回のみとなります。
ご提出いただいた書類に不備があった場合、再度ご提出いただいても、お受付ができません。
別紙「健康診断結果送付書」のチェック項目をよくご確認の上ご提出ください。
- ご提出いただく健診結果は、特定健診検査項目を満たしたものに限りです。
「血液検査」のみの健診結果などは対象外となりますのでご注意ください。
別紙「健康診断結果送付書」の「特定健診検査項目」がご用意いただいた健診結果に
漏れなく記載されているかご確認の上、ご提出ください。
- 下記に該当する場合、受付対象外となり書類一式を返却させていただく場合がございます。
 - ①健診結果のコピー、②健康診断結果送付書に記入漏れがある場合
 - ①健診結果のコピー、②健康診断結果送付書、いずれか一方のみのご提出の場合
 - 外国語の健診結果の場合
 - 提出期日を過ぎて到着した場合

なお、(株)イーウェルへご提出いただきました書類は返却いたしかねます。予めご了承ください。

- ご提出いただいた健診結果に不備があった場合、不備内容を記載した「不備通知書」を送付させていただきます。
- ご提出いただいた書類に不備等がない場合、別紙「健康診断結果送付書」に記載されたご住所にQUOカードを送付させていただきます。(株)イーウェルに提出書類が到着してから約3か月程度要しますので、ご了承ください。

○送付先

〒699-0203
島根県松江市玉湯町布志名767番31
株式会社イーウェル 健診結果 P 係宛

申込書類送付の際は、「送付先」を切り取り、
封筒に貼っていただき、郵送することが可能です
ので、御利用ください。

「健康診断結果送付書」のご記入方法

別紙「健康診断結果送付書」は、必要事項すべてにご記入のうえ、ご提出ください。
※記入漏れ等がございますと、QUOカードの進呈対象外となりますのでご注意ください。

健康診断事務委託先：株式会社イーウェル																																	
健康診断結果送付書																																	
以下STEP1～3に漏れなく記入し、健診結果のコピーと本紙（健康診断結果送付書）をご送付ください。																																	
<STEP1> 特定健診検査項目の健診結果が記載されているかご確認ください。 2023年4月～2024年3月の間に受診された健康診断の結果をお手元にご準備いただき、下記の検査項目の健診結果が記載されていることをご確認ください。 ※下記「特定健診結果項目」「その他」すべて満たしている必要があります。 ※健診結果をご送付いただいた方にQUOカード1,500円分を進呈いたします。ただし、「特定健診検査項目」を満たしていない場合や文字切れ、文字・数値の不明瞭などの不備がある場合は、健診結果をご提出いただいても、QUOカードは進呈できかねますのでご了承ください。																																	
特定健診検査項目	<table border="1"><tr><td>診察・測定</td><td><input type="checkbox"/>既往歴、<input type="checkbox"/>自覚症状、<input type="checkbox"/>他覚症状、<input type="checkbox"/>医師の診断（判定） <input type="checkbox"/>身長、<input type="checkbox"/>体重、<input type="checkbox"/>腹囲（または内臓脂肪面積）、<input type="checkbox"/>BMI、<input type="checkbox"/>収縮期血圧、<input type="checkbox"/>拡張期血圧</td></tr><tr><td rowspan="3">血液検査</td><td>脂質 <input type="checkbox"/>中性脂肪（TG）、<input type="checkbox"/>HDLコレステロール、<input type="checkbox"/>LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール</td></tr><tr><td>血糖 <input type="checkbox"/>空腹時血糖（BS）またはグリコヘモグロビンA1c（HbA1c）または随時血糖</td></tr><tr><td>肝機能 <input type="checkbox"/>AST（GOT）、<input type="checkbox"/>ALT（GPT）、<input type="checkbox"/>γ-GT（γ-GTP）</td></tr><tr><td>尿検査</td><td><input type="checkbox"/>尿糖（US）、<input type="checkbox"/>尿蛋白</td></tr><tr><td>その他</td><td><input type="checkbox"/>受診日、<input type="checkbox"/>受診機関名称、<input type="checkbox"/>受診機関の電話番号または住所、<input type="checkbox"/>医師の氏名</td></tr></table>	診察・測定	<input type="checkbox"/> 既往歴、 <input type="checkbox"/> 自覚症状、 <input type="checkbox"/> 他覚症状、 <input type="checkbox"/> 医師の診断（判定） <input type="checkbox"/> 身長、 <input type="checkbox"/> 体重、 <input type="checkbox"/> 腹囲（または内臓脂肪面積）、 <input type="checkbox"/> BMI、 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧、 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧	血液検査	脂質 <input type="checkbox"/> 中性脂肪（TG）、 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール、 <input type="checkbox"/> LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール	血糖 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖（BS）またはグリコヘモグロビンA1c（HbA1c）または随時血糖	肝機能 <input type="checkbox"/> AST（GOT）、 <input type="checkbox"/> ALT（GPT）、 <input type="checkbox"/> γ-GT（γ-GTP）	尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖（US）、 <input type="checkbox"/> 尿蛋白	その他	<input type="checkbox"/> 受診日、 <input type="checkbox"/> 受診機関名称、 <input type="checkbox"/> 受診機関の電話番号または住所、 <input type="checkbox"/> 医師の氏名																						
診察・測定	<input type="checkbox"/> 既往歴、 <input type="checkbox"/> 自覚症状、 <input type="checkbox"/> 他覚症状、 <input type="checkbox"/> 医師の診断（判定） <input type="checkbox"/> 身長、 <input type="checkbox"/> 体重、 <input type="checkbox"/> 腹囲（または内臓脂肪面積）、 <input type="checkbox"/> BMI、 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧、 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧																																
血液検査	脂質 <input type="checkbox"/> 中性脂肪（TG）、 <input type="checkbox"/> HDLコレステロール、 <input type="checkbox"/> LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール																																
	血糖 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖（BS）またはグリコヘモグロビンA1c（HbA1c）または随時血糖																																
	肝機能 <input type="checkbox"/> AST（GOT）、 <input type="checkbox"/> ALT（GPT）、 <input type="checkbox"/> γ-GT（γ-GTP）																																
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖（US）、 <input type="checkbox"/> 尿蛋白																																
その他	<input type="checkbox"/> 受診日、 <input type="checkbox"/> 受診機関名称、 <input type="checkbox"/> 受診機関の電話番号または住所、 <input type="checkbox"/> 医師の氏名																																
<STEP2> 特定健診問診にご回答ください。																																	
<table border="1"><tr><td>1</td><td>血圧を下げる薬を飲んでますか。</td><td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr><tr><td>2</td><td>インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか。</td><td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr><tr><td>3</td><td>コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでますか。</td><td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr><tr><td>4</td><td>現在、たばこを習慣的に取っていますか。 （「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」を指し、最近1ヵ月間も喫煙している者）</td><td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr><tr><td>5</td><td>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、利用しますか。</td><td><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr></table>	1	血圧を下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4	現在、たばこを習慣的に取っていますか。 （「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」を指し、最近1ヵ月間も喫煙している者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	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、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																		
1	血圧を下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																															
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																															
4	現在、たばこを習慣的に取っていますか。 （「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」を指し、最近1ヵ月間も喫煙している者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																															
5	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、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																															
<STEP3> 受診された方の情報をご記入ください。																																	
<table border="1"><tr><td>所属団体コード</td><td>7443</td><td>保険証記号</td><td></td></tr><tr><td>所属団体名称</td><td>三菱ケミカル健康保険組合</td><td>保険証番号</td><td></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td>(姓) (名) <input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性</td><td>生年月日 (西暦)</td><td>19年 月 日</td></tr><tr><td>ご自宅住所</td><td>〒 市区 町 丁目</td><td>都道府県</td><td>市区町村</td></tr><tr><td>日中連絡先</td><td>—</td><td>連絡可能時間帯</td><td>午前・午後・夕方・いつでも可</td></tr><tr><td>受診健診機関名</td><td></td><td>健診受診日 (西暦)</td><td>2022年 月 日</td></tr><tr><td>受診健診機関住所</td><td></td><td>受診健診機関電話番号</td><td>—</td></tr></table>	所属団体コード	7443	保険証記号		所属団体名称	三菱ケミカル健康保険組合	保険証番号		フリガナ				氏名	(姓) (名) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 (西暦)	19年 月 日	ご自宅住所	〒 市区 町 丁目	都道府県	市区町村	日中連絡先	—	連絡可能時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可	受診健診機関名		健診受診日 (西暦)	2022年 月 日	受診健診機関住所		受診健診機関電話番号	—	
所属団体コード	7443	保険証記号																															
所属団体名称	三菱ケミカル健康保険組合	保険証番号																															
フリガナ																																	
氏名	(姓) (名) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 (西暦)	19年 月 日																														
ご自宅住所	〒 市区 町 丁目	都道府県	市区町村																														
日中連絡先	—	連絡可能時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可																														
受診健診機関名		健診受診日 (西暦)	2022年 月 日																														
受診健診機関住所		受診健診機関電話番号	—																														

<STEP1> 特定健診検査項目の確認

ご提出いただく健診結果に、左記の検査項目が記載されているかご確認ください。

<STEP2> 問診の記入

1～5の問診項目すべてにご回答ください。

<STEP3> 受診者様情報の記入

すべての項目に漏れなくご記入ください。

個人情報取り扱い

株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込みの健康支援サービス提供の目的（健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む）に利用します。

ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」（<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>）のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。

<お申込みの健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い>

- ① 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
- ② 株式会社イーウェルから、当該個人情報を所属団体に提供致します。
- ③ 株式会社イーウェルから、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- ④ 株式会社イーウェルから、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。

個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口（E-mail: privacy@ewel.co.jp）までお願い致します。

お問合せ先

株式会社イーウェル 健康サポートセンター

TEL：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（TEL：050-3850-5750）をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断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。