

※実施報告書は実施後できるだけ速やかに（翌年度6月中までには必ず）提出するようにしてください。
 できない場合は健康保険組合に連絡してください。支払は「10日受付分までを20日払い」となります。

年 月 日

ヤンマー健康保険組合 理事長殿

生活習慣病健診 実施報告書

事業所 名称

代表者

担当者（部署・担当者名）

項目	内容				
1. 健診項目 *1-8 特定健診必須項目（法律によって国に報告が必要な健診） /9-17 生活習慣病追加項目	1. 問診（服薬歴、喫煙歴等） 2. 診察 3. 身長・体重・腹囲 4. 血圧 5. 血中脂質（中性脂肪・HDL-cho・LDL-cho） 6. 肝機能（GOT・GPT・γ-GTP） 7. 血糖（空腹時血糖もしくはHbA1c） 8. 尿（糖・蛋白） / 9. 一般血液検査（血色素量・赤血球数/白血球数・ヘマトクリット・血小板） 10. 心電図 / 11. 視力・聴力 12. 胸部X線撮影 13. 胃部X線撮影 14. 腎機能（尿素窒素・クレアチニン） 15. 尿酸・血清アミラーゼ・ALP 16. 便潜血 17. 尿潜血 18. その他（ ）				
*右記説明のとおり記入して下さい	・上記1～17すべての項目を実施しました→ はい ・ いいえ ・1～17の一部の項目を実施した場合は、項目番号に○印をしてください ・1～17以外の項目を実施した場合は、18に記入してください				
2. 実施年月日	年 月 日～		年 月 日		
3. 健診機関名 （複数可）					
4. 今回補助請求者数	第1次健診：男（ ）名 ・ 女（ ）名 ・ 計（ ）名 大腸癌検診：男（ ）名 ・ 女（ ）名 ・ 計（ ）名 子宮頸癌検診：（ ）名 ・ 乳癌検診：（ ）名 ※40・45・50・55・60才については、「人間ドック 実施報告書」にて報告をお願いいたします。				
5. 健診結果表 又は結果データの添付件数 ※結果データ等個人情報等は、厳重な管理を行い、目的外の使用は致しません。	添付件数：（ ）件 / CD-R ・ 紙コピー* ・ 両方				
	*紙コピーの場合「既往歴・自覚症状・他覚症状（問診）・服薬（血圧）・服薬（血糖）・服薬（脂質）・喫煙」が掲載してある結果が必要です。 ※生活習慣病健診受診対象者を含む、貴事業所全年齢（ヤンマー健保加入）の健診結果を添付し、下記内訳記入願います。（無い場合は「0」を記入）				
	2018年9月、各健保事業所・健保間で「全被保険者健診データの共有についての覚書」締結済				
生活習慣病健診受診対象者			左記以外	未提出	
40才以上	35才	30才			
件	件	件	件	件	
6. 健診費用	別紙の通り				

事業所窓口連絡欄（補足等記入欄）

海外・出向者・関係会社・事業会社

常務理事

事務長

担当者

受付印

NO.