

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。お手元に健診結果表がある方は、健診受診後、下記STEP 1～4を記入し、**こちらの用紙**と**健診結果表（コピー）**を健保へご送付ください。

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	
2025年度(2025.4.1～2026.3.31) トヨタ車体健保の家族健診を受けた or 受けますか？	1. 受けない	2. 受けた or 受ける
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) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい	2. いいえ
喫煙の有無について 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※条件1・2を満たす場合 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：障害で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と条件2を両方満たす） 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	

(注) 2. 受けた or 受ける
と回答をされた方は
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		
☐ 氏名	☐ GOT (AST)	☐ 尿糖
☐ 生年月日	☐ GRT (ALT)	☐ 尿蛋白
☐ 身長	☐ γ-GT	☐ 健診受診日
☐ 体重	☐ 中性脂肪 (TG)	☐ 健診機関名
☐ BMI	☐ HDLコレステロール	☐ 医師の診断
☐ 血圧	☐ LDLコレステロール	☐ 診断した医師名
☐ 腹囲 (自己測定でも可)	☐ 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
空欄に記入ください。(鉛筆不可)

<お勤め先で受診された場合>

健診結果表にご自身のお勤め先が
記載されているか今一度ご確認ください。
(事業所名・所属・団体など)

STEP 3 | 健診受診者情報をご記入ください

記号 ※		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番地 ウェルブラザ トヨタ車体健康保険組合 健診担当宛
提出期限	2026年5月末 必着
その他	■不足項目があった場合、お電話差し上げる場合がございます ■粗品はご提出から1～3ヶ月後に、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) 原本を送付される方は必ずこちらに✓を入れてください→ ☐

※記号・番号について
資格情報が確認できるものからご確認ください。(例：資格情報のお知らせ・マイナポータル・保険証等)