

特定健康診査 受診券交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長 様

令和 年 月 日

下記注意事項及び検査内容を了承し、受診券の交付を申請します。

発券種別	新規 ・ 再発行	所属所名						
連絡先電話番号	自宅 ・ 携帯	電話番号: — —			(所属所電話番号: — —)			
フリガナ			組合員記号	公立阪				枝番
組合員氏名			組合員番号					
フリガナ			受診者生年月日	昭和 年 月 日				
受診者氏名			受診者が4月1日に加入していた医療保険者名	1. 公立学校共済組合大阪支部 2. その他		いずれかに○ 本人 家族		
申請理由	※①～③に回答(該当に○)し、詳細記載。		①勤務されていますか。/ はい・いいえ ②その勤務先で健康診断は実施されましたか。/ はい・いいえ ③他の医療保険者から受診券の交付を受けていますか。/ はい・いいえ					※資格の取得喪失、異動等の状況、再交付の理由等を記入してください。
送付先	(自宅) (所属所)							※自宅の場合、送付先住所を記入してください。

特定健康診査の受診券の交付対象は、原則、次に掲げる事項の全てに該当する方に限ります。

- ・年度末年齢が40歳以上75歳以下で、組合員の被扶養者、任意継続組合員又は任意継続組合員の被扶養者の方。ただし75歳の誕生日を迎える方は75歳の誕生日の前日までの受診に限ります。
- ・4月1日現在で共済組合員又は被扶養者の資格を有し、当該年度1年間を通じて当該資格を有している方(年度途中で資格喪失のない方)

※組合員は、定期健康診断等で特定健康診査の検査項目を含む健診を受診しますので、受診券は交付していません。

※上記に該当しない方でも、保険者の判断によって受診券の交付を受けられる場合があります。

【注意事項】

次に該当する場合は交付できません。

- ・今年度、他の医療保険者(国保、社保、健保、共済等)から受診券の交付を受け、年度内に特定健康診査を受けることができる方
- ・今年度、職場での健康診断を受診している、又は年度内に受診できる方
- ・今年度、特定健康診査相当の検査項目を含む健診を受けている、又は年度内に受診予定がある方

申請受付は毎月10日で締め切り、月末頃に翌月から利用できる受診券を発行します。

※受診券の再発行を受けた後、紛失した受診券が見つかった場合、当初の受診券は使用せず、すみやかに返送してください。

なお、虚偽申請や不正利用等があれば、共済組合が負担した健診費用を返還していただきます。

【検査内容】

特定健康診査は、生活習慣病予防に重点を置きメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診です。「胸部X線」「視力」「聴力」などの項目はありません。

<基本的な項目>

- 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)、○理学的検査(身体診察)、○質問票(服薬歴、喫煙歴等)、○血圧測定、○血糖検査[空腹時血糖又はHbA1c、随時血糖(食直後を除く)]、○血中脂質検査[中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール(場合によってはNon-HDLコレステロール)]、○肝機能検査[GOT・GPT・γ-GTP]、○尿検査(糖・蛋白)

<詳細な健診の項目> ~一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施~

- 心電図検査、○眼底検査、○貧血検査(赤血球数・血色素量(ヘモグロビン値)・ヘマトクリット値)、○血清クレアチニン及びeGFR

記入例

特定健康診査 受診券交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長 様

令和 4年 10月 4日

下記注意事項及び検査内容を了承し、受診券の交付を申請します。

任意継続組合員の方は、記入不要です。

発券種別	新規 ・ 再発行	所属所名	大阪府立□△高等学校		
連絡先電話番号	自宅 ・ 携帯	電話番号:	72-△△△-□□□□		
フリガナ	オオサカ タロウ	組合員証等記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
組合員氏名	大阪 太郎	受診者生年月日	昭和 50年 3月 31日		
フリガナ	オオサカ ハナコ	受診者が4月1日に加入していた医療保険者名	1. 公立学校共済組合大阪支部 2. その他 いずれかに○ 本人 家族		
申請理由	①勤務されていますか。/ はい・いいえ ②その勤務先で健康診断は実施されましたか。/ はい・いいえ ③他の医療保険者から受診券の交付を受けていますか。/ はい・いいえ 紛失したため		申請理由を記入ください。 ※資格の取得喪失、異動等の状況、再交付の理由等を記入してください。		
送付先	自宅 (所属)	〒540-8571 大阪府大阪市中央区大手前2丁目	自宅あての場合は、94円切手を同封してください。 ※自宅の場合、送付先住所を記入してください。		

特定健康診査の受診券の交付対象は、原則、次に掲げる事項の全てに該当する方に限ります。

- ・年度末年齢が40歳以上75歳以下で、組合員の被扶養者、任意継続組合員又は任意継続組合員の被扶養者

「特定健康診査 受診券交付申請書」の記載事項をよく読み、枠内を記入のうえ、申請ください。原則、自宅（共済組合への登録住所）あてに郵便で送付いたしますので、申請書に94円切手を添えて送付ください。（所属所あてに逓送便で送付希望の場合は切手不要です。送付先欄（所属所）に○をしてください。）

以下の場合、事前に担当窓口へお問い合わせください。

- ・新規での発券をご希望の場合
- ・公立学校共済組合大阪支部の人間ドック等を受診の際に受診券の提出が必要な場合
- ・自宅以外への送付をご希望の場合
- ・受診券の交付をお急ぎの場合

【注意事項】

- ・FAXや電話、ネットでの申請はできません。必ず郵便か逓送便で送付ください。申請書をご持参された場合も、即日交付はできません。（後日発券となります。）

【担当窓口】

公立学校共済組合大阪支部 健康・福祉グループ
住所：〒540-8571 大阪府大阪市中央区大手前2丁目
電話番号：06-6941-3991（直通） / 06-6941-0351 内線（3489）