

2025 年度 家族健診のご案内

平素は、健康管理に関する取り組みに、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
家族健診は、チームスズキの健康経営の取り組みとして家族健診 100%受診を推進するため、ご案内をお送りいたします。

尚、健診結果は、皆様の健康管理のため当健保で保管し、疾病分析や健康相談の保健活動、再検査調査、助成金管理に活用させていただきますので、ご同意の上、受診をお願いいたします。

記

- 実施期間：2025年4月1日～2026年3月31日
- 対象者：40歳以上のご家族(受診時に、当健保の資格がある方)
- 受診種別：主に次の4種類 ※受診の流れは別紙をご覧ください

個人予約健診	個人で健診機関を選択。「5.検査項目」を参考に受診。
勤務先健診	勤務先(パート先など)の案内にしたがって受診。
特定健診のみ	特定健診受診券を別途発行。 (別紙『受診の流れ』参照)
人間ドック	家族健診より詳細な検査(総費用約 40,000 円)を受診。

- 助成金額：上限 20,000 円(助成を活用し、5. 検査項目 内の任意項目の受診をお勧めします。)
※「6. 助成不可項目」、「保険を利用した場合」は助成対象外

5. 検査項目

		検査項目	費用の目安	
特定健診	基本項目 全員受診必須	・質問(問診)票・身体診察・計測・血圧 ・尿検査(蛋白、糖)・血液((肝機能:AST、ALT、 γ -GTP)、(脂質:TG、LDL、HDL)、(血糖))	5,000 円～ 10,000 円	
	医師判断項目 1 健保推奨検査	・心電図・血液(腎機能:クレアチニン、eGFR) ・血液(貧血:赤血球、血色素、ヘマトクリット)	3,000 円～ 4,000 円	
	医師判断項目 2	・眼底(医師が必要と判断した場合)		
任意項目 (主な助成対象項目) (個々の追加受診可)		・胸部レントゲン・便潜血(2日法) ・血液(貧血:白血球、血小板)	4,000 円～ 5,000 円	
		・胃部レントゲン または 胃カメラ	10,000 円～ 20,000 円	
	婦人科	乳房	・触診・マンモグラフィ・超音波	10,000 円～
		子宮	・内診、頸部細胞診	15,000 円

※費用は受診される健診機関でご確認ください。

- 助成不可項目：胃部レントゲン・胃カメラ以外の胃の検査、腫瘍マーカー、骨密度、動脈硬化、歯科 等
- その他：(1)次に該当する方は、家族健診保留届を当健保までにご提出願います。
・入院中、又は重病の方 ・妊娠中、又は出産後 1 年未満の方
(2)ご不明な点は、当健保 健康管理担当にご連絡をお願いいたします。
電話:053-445-3850 携帯:080-3910-5983

家族健診受診報告書 兼 助成金申請書

※太枠内の記入・捺印をお願いします。

Fa・Faド

受診者氏名		受診者生年月日	年 月 日(才)
被保険者氏名	Ⓜ *1	被保険者等記号・番号	記号 番号 *2
事業所・所属		所属電話番号	
被保険者住所	〒		
電話番号	TEL		

*1：自署であれば印は不要です。

*2：記号・番号は、資格情報のお知らせ、健康保険証、資格確認書でご確認願います。

・健診の内容（健診受診日・健診種類・自己負担した費用・適格事業者番号を下記太枠内へ記入）

個人予約健診・・・個人で健診を受診し、費用を自己負担**勤務先健診**・・・被扶養者の勤務先で健診を受け、費用の負担なし

【注意】保険を利用した検査や当健保が認めた検査項目以外の費用は助成できません。

健診受診日	健診種類（該当する項目に○を付けてください）	自己負担した費用
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：無・有（T ）		
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：無・有（T ）		
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：無・有（T ）		
合 計 費 用		円

1 2 けりひそフ

健保記入欄	発議	年 月 日	支給決定額	担当	検印
			合計 円		
	決議	年 月 日	5-1-1 円		
			5-1-4 円		

※領収証は特定健診の基本項目部分とそれ以外の内訳を記載していただくよう、健診・医療機関へご依頼願います。

※適格事業者番号（T から始まる 13 桁数字）の記載された領収書をご提出ください。

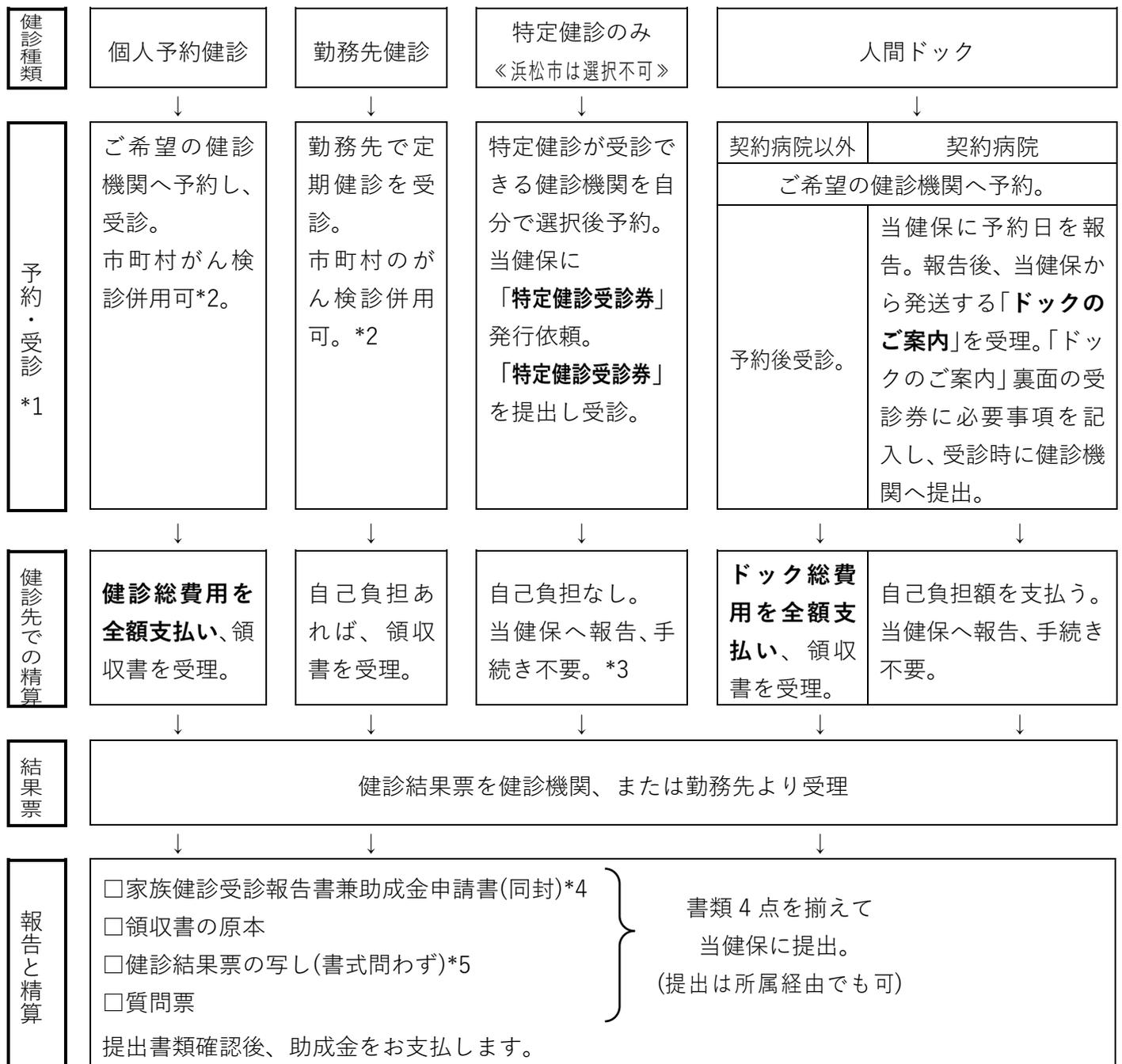
※健診結果の活用方法等、個人情報保護に関する内容は、裏面「家族健診のご案内」に記載しておりますのでご確認願います。

※助成金は、被保険者の登録口座へ振り込みます。

提出前にチェック！！

	個人予約	勤務先
1. 自己負担された領収書の原本 …のり付けせずご提出願います	<input type="checkbox"/>	—
2. 受診されたすべての結果票の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 質問票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診の流れ・・・次の健診種類から、ご希望の方法を選択しご受診ください。



*1 受診当日は、「マイナンバーカードもしくは保険証等」と本用紙裏面の「家族健診実施のご依頼」をご提出ください。

*2 ①がん検診のみの受診は助成対象になりません。特定健診基本項目の受診をお願いします。

②「市町村がん検診」は、お住まいの市町村へお問い合わせください。胃がん・大腸がん・肺がん・子宮がん・乳がんの検診が助成対象です。

市町村健診であっても、胃部レントゲン・胃カメラ以外の胃の検査、腫瘍マーカー、骨密度、動脈硬化、歯科等の検査は自己負担です。

*3 特定健診に任意項目を希望する場合は、個人予約健診として受診後、手続きをお願いします。

*4 申請書を紛失された方は、当健保ホームページよりダウンロードが可能です。

<https://www.suzuki-kenpo.or.jp> → 申請書一覧 → 保健事業に関する書式 → 「家族 受診報告書 兼 助成金申請書」

*5 健診結果の写し・質問票の取扱について

個人情報保護のため、封筒に入れてご提出いただいても構いません。封筒の開封は当健保で行います。

家族健診実施のご依頼

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当健保の各種健診事業に、格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当健保では、疾病予防事業として特定健診を含む家族健診を行っています。つきましては、下記要領にて実施いただきますよう、お取り計らいの程よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 検査項目

特定健診基本項目は質問票の確認・情報提供とあわせて必ず実施いただきますようお願いいたします。

検査の種類		検査項目
特定健診	基本項目 全員受診必須	・質問(問診)票 ・身体診察 ・計測 ・血圧 ・尿検査(蛋白、糖) ・血液((肝機能:AST、ALT、 γ -GTP)、(脂質:TG、LDL、HDL)、(血糖))
	医師判断項目1 健保推奨検査	・心電図 ・血液(貧血:赤血球、血色素、ヘマトクリット) ・血液(腎機能:クレアチン、eGFR)
	医師判断項目2	・眼底(医師が必要と判断した場合)
任意項目 (主な助成対象項目) 希望者実施		・血液(貧血:白血球、血小板)・胸部レントゲン ・便潜血(2日法)
		・胃部レントゲン または 胃カメラ
	婦人科	・乳房触診 ・マンモグラフィ ・乳房超音波 ・子宮(内診、頸部細胞診)

2. 主な助成不可項目

胃部レントゲン・胃カメラ以外の胃の検査、腫瘍マーカー、骨密度、動脈硬化、歯科 等

3. 検査結果

検査終了後、健診結果票(書式不問)を、受診者へお渡し願います。

4. 費用と領収書

- (1)当健保の助成上限額は、税込 20,000 円です。受診者に任意項目の希望の有無を確認後、検査項目と費用について説明をお願いします。
- (2)健診は、保険診療とはせず、**全額受診者より徴収**をお願いします。また、領収書には費用内訳がわかるよう、**特定健診基本項目とそれ以外の項目の料金を明記**願います。
- (3)適格事業者登録がある場合、適格事業者番号の記載された領収書の発行をお願いします。
- (4)上記「2.主な助成不可項目」は、当健保の助成対象ではありません。領収書を別に発行をお願いします。
- (5)健診の結果、再検査(精密検査・治療)を必要とする場合、保険診療として取扱をお願いします。尚、その際の領収書は、分けて発行をお願いします。

5. 問合せ先

ご不明な点がございましたら、当健保 健康管理担当宛にご連絡願います。

電話：053-445-3850 携帯：080-3910-5983

家族健診結果表

[この用紙は、健診・医療機関専用結果票がない場合にご使用ください]

健診日： 年 月 日

枠内は特定健診の基本項目につき、全員受診必須

枠内は健保推奨検査のため、可能な限り受診

受診者記入欄	被保険者等記号・番号	—	*1	被保険者名	所属略称	
	受診者名				受診者 生年月日	年 月 日(才)

*1：記号・番号は、資格情報のお知らせ、健康保険証、資格確認書でご確認願います。

医療機関記入欄	検査項目			結果	判定	検査項目			結果	判定
	医療機関記入欄	メタボリック シンドローム判定		基準該当・予備群該当・非該当			医師判断項目1・健保推奨検査	心電図		
採血時間		食後 時間			血液一般	白血球		/μL		
診察所見						血小板		万/μL		
計測		身長	.	cm				赤血球	万/μL	
		体重	.	kg				血色素	g/dL	
		標準体重	.	kg				ヘマトクリット	%	
		BMI		kg/m ²				腎機能	クレアチン	mg/dL
		腹囲	.	cm		eGFR				
血圧		~ mmHg			※1 医師判断項目2 眼底					
検尿		糖() 蛋白()			胸部X線					
脂質		※2 中性脂肪	mg/dL			便潜血		1日目 -・±・+	2日目 -・±・+	
		HDL-C	mg/dL			胃検査		胃部X線		
		LDL-C	mg/dL					胃カメラ		
肝機能		AST (GOT)	U/L			乳がん		触診		
		ALT (GPT)	U/L					マンモグラフィ		
	γ-GT (γ-GTP)	U/L			超音波					
糖代謝	※3 血糖 (空・随)	mg/dL			子宮がん	内診				
※3 HbA1c	%			頸部細胞診						
検尿		潜血()			年 月 日					
指導(注意事項)					医療機関名 担当医					
※1 医師が必要と認めた場合実施 実施理由： ※2 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時中性脂肪で測定。 ※3 空腹時血糖が測定できない場合のみ HbA1c を実施。やむを得ず空腹時以外に採血を行い HbA1c を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖で測定。										

判定区分 A:異常なし B:軽度異常 C:経過観察・生活改善 D:精密検査・治療 E:治療中

質 問 (問 診) 票

被保険者等 記号・番号	-	*1	被保険者名	受診者名
----------------	---	----	-------	------

*1：記号・番号は、資格情報のお知らせ、健康保険証、資格確認書でご確認願います。

質 問 項 目			回 答	
1	1	現在、a から c の薬の使用の有無	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
	2		b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
	3		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
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。		①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。		①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている		①はい(条件1・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	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。		①はい ②いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。		①はい ②いいえ	
11	日常生活において歩行、又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。		①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早い。		①はい ②いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速い。		①速い ②ふつう ③遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		①はい ②いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。		①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		①はい ②いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）		①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)		①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合以上 ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。		①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヵ月以内) ③近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)		
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ	
23	既往歴（ありの場合： _____ ）		①あり ②なし	
24	自覚症状（ありの場合： _____ ）		①あり ②なし	

※回答は、全ての質問に対し正しく○を付けてください。回答結果により特定保健指導の区分が変わります。

※23・24番について、ありの場合はその内容を記入してください。