

勤務先（パート先）等で健診を受けた方は 健診結果をご提出下さい

被扶養者の方でお勤め先（パート先）で健康診断を受診された場合は、健診結果（コピー）と結果送付シートをご記入の上、ご提出ください。

提出書類	1. パート勤務先等での健診結果のコピー 2. 【2024様式】勤務先（パート先）等の健診結果送付シート
提出期限	4/1～翌年3/31までに受診した健診結果 → 令和7年4月15日必着 ※受付は随時行っております。
対象者	・40歳以上（昭和25年4月1日～昭和60年3月31日生まれ）の被扶養者（2025年3月31日時点で40歳以上75歳未満） ・令和6年4月1日～令和7年3月31日に受診した方 ※当該年度中に、特定健診を受診された方は対象外です。 ・受診日当日に当組合の被扶養者資格を有していた方
提出先	組合員が所属されている支部の共済担当係
注意点	・ご提供いただいた健診結果等は返送できません。原本はお手元に保管して下さい。

※ご提供いただいた健診結果から、生活習慣の改善が必要と判断された方には特定保健指導のご案内が届く場合があります。

特定健診受診率が低いと、国へ支払う共済組合負担金に加算金が上乗せされ、皆さまの掛金率アップにつながってしまいます。
ご協力よろしくお願いたします！



2024年度 勤務先（パート先）等の健診結果送付シート

全てご記入の上、健診結果（コピー）と一緒に各支部担当者にご提出ください。

水色の部分は添付する健診結果（コピー）に記載があれば記入は不要です。

組合員証番号								枝番			支部名		
フリガナ							性別	生年月日		年 月 日			
氏名							男・女	電話番号					
健診機関名							受診日		年 月 日				
身体計測	身長		cm		体重		kg		腹囲			cm※立った状態のおへそ回り	
健診を受けた時間 ※どちらかに○	ア. 食後3.5時間以上10時間未満 イ. 食後10時間以上（空腹時）						血圧	最高値 _____ mmHg、最低値 _____ mmHg					

問診票

		質問項目 ★印は必ずご回答ください	回答 該当箇所に入力してください。
★	1	血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★	2	血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか。	<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服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6	医師から、慢性腎臓病や慢性の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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7	医師から貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★	8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、これまで合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている場合、最近1ヶ月間も吸っている場合をいいます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9	20歳の時から体重が10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	11	日常生活において歩行又は同等の身体活動1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	13	食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
	14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
	19	飲酒日の一日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール（約500ml）、焼酎25度（110ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
	20	睡眠で十分休養がとれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
	22	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

！！提出物をご確認ください！！

健診結果のコピー 勤務先（パート先）等の健診結果送付表（本表）

(記入例) 2024年度 勤務先(パート先)等の健診結果送付シート

全てご記入の上、健診結果(コピー)と一緒に各支部担当者にご提出ください。

水色の部分は添付する健診結果(コピー)に記載があれば記入は不要です。

組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	枝番	0 0	支部名	〇〇〇支部	
フリガナ	モンカ トクコ		性別	男(女)	生年月日	1974年 5月 10日
氏名	文科 特子		電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
健診機関名	文科健診協会		受診日	2024年 10月 5日		
身体計測	身長 160 cm、体重 55 kg、腹囲 70 cm※立った状態のおへそ回り					
健診を受けた時間	ア. 食後3.5時間以上10時間未満 ※どちらかに○		血圧	最高値 100 mmHg、最低値 65 mmHg		
	イ. 食後10時間以上(空腹時)					

問診票

★	質問項目 ★印は必ずご回答ください	回答 該当箇所にて✓を入れてください。
★	1 血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
★	2 血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
★	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	6 医師から、慢性腎臓病や慢性の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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	7 医師から貧血といわれたことがある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★	8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、これまで合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている場合、最近1ヶ月間も吸っている場合をいいます。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	9 20歳の時から体重が10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	11 日常生活において歩行又は同等の身体活動1日1時間以上実施している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
	14 人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
	19 飲酒日の一日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
	20 睡眠で十分休養がとれている。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
	22 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

!! 提出物をご確認ください !!

- 健診結果のコピー
- 勤務先(パート先)等の健診結果送付表(本表)

組合員証に記載の「番号」「枝番」「名称」をご記入ください。

本人(組合員) 令和2年10月1日交付

文部科学省共済組合
組合員証

記号 番号 1234567890 (枝番 00)

キョウサイ 伊吹

氏名 共済 一郎 性別 男
生年月日 昭和40年12月31日
資格取得年月日 昭和63年10月10日

発行機関所在地 東京都〇〇〇〇〇〇〇丁目〇番〇号

保険者番号 31130000
名称 文部科学省共済組合
〇〇〇〇〇〇〇〇〇支部長

印

各問診項目に回答ください。
★印の1、2、3、8番は必須項目ですので忘れずに✓してください。

提出物に添付もれの無いよう✓の上、ご提出ください。

健診結果に以下の項目があるかご確認ください。

- ・身長・体重
- ・BMI
- ・腹囲
- ・最高血圧、最低血圧
- ・HDLコレステロール
- ・LDLコレステロール
- ・NON-HDLコレステロール
- ・中性脂肪(トリグリセリド)
- ・GOT(AST)
- ・GPT(ALT)
- ・γ-GTP(γ-GT)
- ・空腹時血糖
- ・ヘモグロビンA1c(NGSP値)
- ・随時血糖(食後3.5時間で可)
- ・尿糖
- ・尿蛋白
- ・既往歴
- ・自覚症状
- ・他覚症状

① 健診結果コピー

② 健診結果送付シート(本シート)

※①と②を提出してください。