

令和7年7月31日

組合員のみなさまへ

被扶養者の特定健診結果の提出について（お願い）

文部科学省共済組合では、40歳以上の組合員・任意継続組合員・被扶養者を対象に、今年度実施した事業主健診・人間ドック・特定健診のいずれかの結果を元に、特定保健指導判定を実施しています。判定の結果、「積極的支援」「動機づけ支援」に判定された方は、特定保健指導の対象者となり、特定保健指導のご案内を送付しています。

この特定健診及び特定保健指導を受ける人が少ない共済組合に対し、国よりペナルティを課されることとなっています。具体的には、後期高齢者支援金（後期高齢者医療制度における患者負担以外の部分）の共済組合負担率に対してペナルティ分加算されることとなっており、文部科学省共済組合は、特定保健指導について2025年度ペナルティの対象となりました。

また、ペナルティ対象実施率は年々厳しくなっているため、より一層の努力が必要となります。

共済組合の負担率が上がると、組合員のみなさまの掛金率にも影響を及ぼす可能性がありますので、実施率の向上にご協力いただきますようお願いいたします。

40歳以上（令和8年3月31日時点）の被扶養者で、パート先での事業主健診を受診する等のため、文部科学省共済組合の特定健診を受診されない方は、パート先での事業主健診等の結果を共済組合へご提出くださるようお願いしています。提出については、別紙「2025年度勤務先（パート先）等の健診結果送付シート」に健診結果の写しを添付のうえ、各支部の共済担当にご提出ください。

みなさまの健康のためにも、対象の被扶養者のいる組合員のみなさまにおかれましては、是非ともご協力くださいますようお願いいたします。

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. 【2025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8年4月13日必着 ※受付は随時行っております。
対象者	・40歳以上（昭和26年4月1日～昭和61年3月31日生まれ）の被扶養者（2026年3月31日時点で40歳以上75歳未満） ・令和7年4月1日～令和8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増加され、皆さまの掛金率に影響する可能性があります。

ご協力よろしくお願いいたします！



2025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。

組合員等番号										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✓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 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	食事をかんで食す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すか。	<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）

（記入欄） 【2020年】 勤務先（パート先）等の健診結果を送付する

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。

組合員等番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	枝番	0	0	支部名	〇〇支部	
フリガナ	モンカ トクコ										性別	1974 年 5 月 10 日				
氏名	文科 特子										男/女	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○ イ. 食後10時間以上（空腹時）										血圧	最高値 100 mmHg、最低値 65 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✓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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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言われたり、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、言われたことがある。	<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、かみこしにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
	14 人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	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 checked="" 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 checked="" 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すか。	<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 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）

資格確認書に記載の「番号」「枝番」「名称」をご記入ください。

共済組合 資格確認書	本人（組合員）	令和〇年〇月〇日交付
記号	番号	1234567890（枝番）00
氏名	文科 太郎	昭和〇年〇月〇日
性別	男	令和〇年〇月〇日
生年月日		資格取得年月日
有効期限	31000000	令和〇年〇月〇日
保険者番号		
保険者名称	文部科学省共済組合	〇〇支部
保険者所在地	東京都〇〇区〇〇〇〇番〇号	

いずれかで、組合員等番号および保険者番号をご確認いただけます。

- (1)マイナポータルに登録した健康保険証の画面
 - (2)上記(1)の情報を保存(PDF)した画面又は印刷した紙媒体
 - (3)資格情報のお知らせ
 - (4)資格確認書
- ※引き続き最大1年間有効とされた組合員証等でも確認可能

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（収縮期血圧）
最低血圧（拡張期血圧）
- ・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。