

『パート先等の会社で健診を受けた被扶養者』の皆さまへ

パート先の会社などで健康診査を受けられた方は、その結果のコピーの送付をお願いします。

送付いただいた方には「クオカード 1,000 円分」を贈呈いたします。

（注意）当組合の健康診断を受けた方、受ける予定の方は対象外です。

① 提出の際には、以下の項目をチェックしてください。

- 40 歳以上 75 歳未満の被扶養者の方ですか。
- 2021 年 4 月以降にパート先等で受けた健診結果がお手元にありますか。
- パート先等で健診を受けたとき、東和薬品健康保険組合の被扶養者の資格はありましたか。

② 健康診断の結果に次の項目が記載されていますか。

- 受診者名 受診日 受診した医療機関名、医療機関住所
- 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲） 血圧
- 中性脂肪 HDL コレステロール、LDL コレステロール
- AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP) 尿糖、尿蛋白
- 空腹時血糖又は HbA1c



上記①と②すべてチェックできれば、「健康診断結果（コピー）」に以下の「クオカード申込書」を貼付し、東和薬品健康保険組合まで送りください。

上記について不明な点ございましたら、健康保険組合 06-6151-5415（平日 9：00-17：30）までお問い合わせください。

健保組合住所：〒532-0003

大阪府大阪市淀川区宮原 4-1-6 アクロス新大阪 2F

東和薬品健康保険組合 健康診断結果担当者 宛

『クオカード申込書』

記号	番号	名前	続柄	
送付先	〒			
	TEL（自宅）	TEL（携帯）		

※送付いただいた個人情報は、当組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、保健事業以外の目的では使用いたしません。