

パート先などの会社で 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診を受けられた方は、その結果のコピーの送付をお願いいたします。
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)当健康保険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
- 2023年4月以降にパート先などで受けた健診結果がお手元にありますか
- パート先など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
- 空腹時血糖またはHbA1c



上記①と②のすべてがチェックできれば、「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お送りください。

不明な点がございましたら、東和薬品健康保険組合《06-6151-5415(平日9:00-17:30)》までお問合せください。

健康保険組合住所：〒532-0003

大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F
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	住所	〒		
		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。