

### 被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて

#### ■被保険者の健診結果（法定健診項目）の事業所宛提供に関する同意について

（注：配偶者及び任意継続の方は本事項については対象外となります。）

住商連合健康保険組合は、下記「利用範囲」に記載の内容を目的として加入事業所より求めがあった場合、従業員（被保険者）が受診された人間ドック健診結果の中から、定期健康診断等で受診必須となっている法定健診項目のみの結果を、システムを通じて事業所に提供し、事業所はこれを取得いたします。これに同意頂ける場合には、健康診断費用請求書（指定健診機関以外用）の＜被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて＞の「同意する」欄にチェックして下さい。同意頂けない場合には、健康診断費用請求書（指定健診機関以外用）の＜被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて＞の「同意しない」欄にチェックして下さい。

＜利用する個人情報の内容および利用する者の範囲＞

加入事業所：健康診断の結果（法定健診項目）

＜利用範囲＞

- ①健康の保持・増進・保健指導、健康状態の把握
- ②健診データの分析・解析
- ③集計結果の報告、健康相談
- ④労基署への報告

### 個人情報のお取り扱いについて

#### ■利用する個人情報の内容および利用する者の範囲

住商連合健康保険組合（所属団体）：健診項目に関する健診結果など

加入事業所：特定保健指導レベル

株式会社イーウェル：下記「株式会社イーウェルにおける個人情報の取得について」に記載のとおり

健診機関：下記「健診機関における個人情報の取得について」に記載のとおり

#### ■利用範囲

- ①健康の保持・増進・保健指導、健康状態の把握
- ②健診データの分析・解析
- ③集計結果の報告、健康相談

#### ■個人データの管理において責任を有する者

住商連合健康保険組合

#### ■特定保健指導レベル情報の共同利用について

加入事業所は、法で定められている健康保険組合の特定保健指導の事後フォローに必要な、被保険者及び被扶養家族の特定保健指導レベルの情報を住商連合健康保険組合との共同利用契約に基づき、住商連合健康保険組合より取得いたします。

#### ■株式会社イーウェルにおける個人情報の取得について

住商連合健康保険組合からの受託に基づき取得した個人情報は、健康診断結果のデータ化のみの目的で利用致します。

ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」（<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>）に基づき取り扱います。

個人情報に関するご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口（E-mail：privacy@ewel.co.jp）までお願いいたします。

#### ■健診機関における個人情報の取得について

健診機関は、健診お申込者から住所、電話番号、生年月日、所属団体等を含む個人情報を取得いたします。

健康診断費用請求書(指定健診機関以外用)

住商連合健康保険組合 御中

令和 年 度 分

|                                                                                                           |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|----|-------|---|--|------|--------------------------|-----------|----|--------------------------------|--|---|--|---|---|
| 被保険者の<br>記号・番号                                                                                            | 記号                                                                    | —                  | 番号 | 事業所名： |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 被保険者のマイナンバー（記号番号を記入した場合は不要です）                                                                             |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 被保険者<br>氏名                                                                                                |                                                                       |                    |    | 住所：   | 〒 |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 受診者氏名                                                                                                     | 被保険者：                                                                 |                    |    | 配偶者：  |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 生年月日<br>・年齢                                                                                               | 昭和                                                                    |                    | 年  |       | 月 |  | 日    | 歳                        | 昭和        |    | 年                              |  | 月 |  | 日 | 歳 |
| 健診機関<br>の名称と<br>所在地                                                                                       | 病院名：                                                                  |                    |    |       |   |  | 病院名： |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           | 所在地：                                                                  |                    |    |       |   |  | 所在地： |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 受診日                                                                                                       | 令和                                                                    |                    | 年  |       | 月 |  | 日    |                          | 令和        |    | 年                              |  | 月 |  | 日 |   |
| 健診費用                                                                                                      | ¥                                                                     |                    |    |       | 円 |  |      |                          | ¥         |    |                                |  | 円 |  |   |   |
| 婦人科<br>受診有無                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                              | 有 → 乳がん検査・子宮がん検査   |    |       |   |  |      | <input type="checkbox"/> | 無         |    |                                |  |   |  |   |   |
| <b>被保険者のみ回答してください。配偶者の方は不要。</b><br>＜被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて＞の記載内容をご確認のうえ<br>“同意する”または“同意しない”にチェックを入れてください。 |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    | <input type="checkbox"/> 同意する  |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    | <input type="checkbox"/> 同意しない |  |   |  |   |   |
| 申請に必要な書類が揃っているか確認し、右の□にチェックしてください。（全て提出してください）                                                            |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ・領収書の原本 <input type="checkbox"/>                                                                          |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ※健康診断受診者氏名、受診日、健診の種類、健診機関名、健診機関の領収印、健康診断料金の記載があるものに限る。                                                    |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ・健診結果の全てのページの写し <input type="checkbox"/>                                                                  |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ・健診の種類(オプション含む)の内訳と費用が分かる料金表等 <input type="checkbox"/>                                                    |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ・質問票 <input type="checkbox"/>                                                                             |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ※受診者1人につき1枚記入                                                                                             |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ・指定外受診希望理由書 <input type="checkbox"/>                                                                      |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ※受診者1人につき1枚記入                                                                                             |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 被保険者本人名義の振込口座（法人や家族名義の口座に委任の場合は、別途委任状の添付が必要）                                                              |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| 振込<br>口座に<br>関する<br>情報                                                                                    | ゆうちょ<br>銀行以外                                                          | 銀行<br>コード          |    |       |   |  | 銀行名  | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合    |           |    |                                |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           |                                                                       | 支店<br>コード          |    |       |   |  | 支店名  |                          | 支店<br>出張所 | 種別 | 普 通                            |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           |                                                                       | 口座番号               |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           |                                                                       | 被保険者口座名義<br>(カナ表記) |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
|                                                                                                           | ゆうちょ<br>銀行                                                            | 記号                 |    |       |   |  |      | 番号                       |           |    |                                |  |   |  |   | 1 |
| 被保険者口座名義<br>(カナ表記)                                                                                        |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                  | マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |
| ▲口座情報は正しく記入してください。記入を間違えると、入金が遅れる場合があります。                                                                 |                                                                       |                    |    |       |   |  |      |                          |           |    |                                |  |   |  |   |   |

|                       |              |   |
|-----------------------|--------------|---|
| 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 補 助 金 請 求 額  |   |
|                       | 本 人(男性 ・ 女性) | 円 |
|                       | 配偶者(男性 ・ 女性) | 円 |
|                       | 合 計          | 円 |

----- 受付日付印 -----

# 質 問 票

※受診者1人につき1枚記入しご提出ください

| 記 号 | 番 号 | 氏 名   |
|-----|-----|-------|
|     |     | フリカ'ナ |
|     |     | 漢 字   |

| 質 問 項 目 |                                                                                                                                               | 回 答                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                            |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1～3     | 現在、aからcの薬の使用の有無                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |
| 1       | a. 血圧を下げる薬                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                               |
| 2       | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                               |
| 3       | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬                                                                                                                          | <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。<br>(※「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。<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>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)                      | <input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす)<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)                                                                                                     |                                                                                                                                            |
| 9       | 20歳の時の体重から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                                                                                                                 | <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を1日1時間以上実施                                                                                                                 | <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時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<br><input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなどが気になる部分があり、かみにくいことがある<br><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<br><input type="checkbox"/> 遅い                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ふつう                                                                                                               |
| 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(菓子類・果物など)や甘い飲み物を摂取していますか                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 毎日<br><input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 時々                                                                                                                |
| 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)を飲む頻度はどのくらいですか。<br>(※「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)                                                   | <input type="checkbox"/> 毎日<br><input type="checkbox"/> 週3～4日<br><input type="checkbox"/> 月に1～3日<br><input type="checkbox"/> やめた                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 週5～6日<br><input type="checkbox"/> 週1～2日<br><input type="checkbox"/> 月に1日未満<br><input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) |
| 19      | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:<br>ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、ワイン(同14度・約180ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | <input type="checkbox"/> 1合未満<br><input type="checkbox"/> 2～3合未満<br><input type="checkbox"/> 5合以上                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1～2合未満<br><input type="checkbox"/> 3～5合未満                                                                         |
| 20      | 睡眠で休養が十分とれている                                                                                                                                 | <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<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内)<br><input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) |                                                                                                                                            |
| 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。                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                               |

※受診者1人につき1枚記入しご提出ください