

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

令和 3 年度 生活習慣病予防健診実施計画書

標記の件につき、下記のとおり計画いたしましたので、承認を受けたく提出いたします。

令和 3 年 4 月 15 日

事業所記号	50
-------	----

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇〇×× 株式会社

(健康保険事務担当者: 健保 〇子)

実施期日(予定)	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 3 年 6 月 30 日					
受診人員	被保険者	2 名	被扶養者	2 名	合計	4 名
健診実施機関 ※複数の機関で実施する場合は主たる実施機関	所在地	大阪市北区〇〇町 1-2-3				
	名称	〇×〇×病院 ほか				
検査項目 ※受診する検査項目欄に <input checked="" type="checkbox"/> チェック を入れてください。	検査項目		主な検査内容			
	<input checked="" type="checkbox"/>	診察	問診(質問票)・内科診察			
	<input checked="" type="checkbox"/>	身体計測	身長・体重・BMI(肥満度)・腹囲			
	<input checked="" type="checkbox"/>	生理検査	血圧測定・心電図・視力検査・聴力検査・眼底検査			
	<input checked="" type="checkbox"/>	血液学検査	赤血球数・血色素・ヘマトクリット			
	<input checked="" type="checkbox"/>	血液生化学検査	クレアチニン・尿酸・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪 GOT・GPT・γ-GTP・空腹時血糖・HbA1c			
	<input checked="" type="checkbox"/>	尿検査	蛋白半定量・尿糖・潜血			
	<input checked="" type="checkbox"/>	便検査	便潜血(免疫/2回法)			
	<input checked="" type="checkbox"/>	X線検査	胸部X線撮影・胃部X線撮影			
	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 (オプション)	主なオプション検査・・・ピロリ菌検査、前立腺(PSA)検査、骨塩定量検査 婦人科検査(乳がん・子宮がん) など			
健診費用(受診者1人当たり参考額)			45,000 円			
受診予定者 氏名	番号	氏名	番号	氏名	番号	氏名
	100	連合 太郎				
	100	連合 花子				
	150	組合 一郎				
	150	組合 幸子				

※ 対象者:被保険者…35歳・40歳以上(ただし、健診実施日において資格取得後6ヵ月超の方)

被扶養者…40歳以上(ただし、健診実施日において資格取得後6ヵ月超の被保険者に扶養されている方)

※ 受診予定者が多い場合は、別紙を添付してください。