2026年度　TOPPANグループ健康保険組合　問診票

パート先等で健康診断を受診したため、当健保組合が実施する健康診断を受診しない場合は、
お手数ですがご受診された**健診結果のコピーと問診票（本用紙）**を下記送付先にご提出ください。

〈記入欄〉

所属団体コード	**7036**	**保険証記号**	
所属団体名	**ＴＯＰＰＡＮグループ健康保険組合**	**保険証番号**	
フリガナ		生年月日（西暦）	年　月　日
氏名	（姓）　（名）		
住所	〒　-　 都道府県		
日中連絡先	—　— ※㈱イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。	**連絡可能時間帯**	□ 午前 9:30～12:00　□ 夕方 15:00～17:00 □ 午後 12:00～15:00　□ いつでも可

受診した健診機関の情報をご記入ください

健診機関名		**健診受診日**	202　年　月　日 ※2026年4月1日以降に受診された健診結果をご提出ください。
健診機関電話番号	—　—		
健診機関住所	都道府県		

服薬・喫煙についてご記入ください　※今回の健診は特定健康診査を兼ねておりますので必ずお答えください

質問事項	①血圧を下げる薬を飲んでいますか。	□ はい　□ いいえ
	②インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	□ はい　□ いいえ
	③コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	□ はい　□ いいえ
	④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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	□ ❶ はい　（条件1と条件2を両方満たす） □ ❷ 以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない　（条件2のみ満たす） □ ❸ いいえ　（❶❷以外）

検査項目について　※申請時に以下の検査結果が揃っているか事前にご確認ください。

必須検査項目	
□診察等	既往歴および自覚症状・問診（特定健診4項目含む）※1
□身体測定	身長・体重・ＢＭＩ・腹囲
□血圧	血圧（収縮期・拡張期）
□血液検査	中性脂肪（TG）※2
	ＨＤＬコレステロール・ＬＤＬコレステロール ※3
	空腹時血糖またはヘモグロビンＡ１ｃ　※4
	ＡＳＴ（ＧＯＴ）・ＡＬＴ（ＧＰＴ）・γ-ＧＴ（γ-GTP）
□尿検査	尿糖・尿蛋白

※1… 問診は上記質問事項を参照。
※2… 中性脂肪検査の優先順位は、①空腹時中性脂肪(食後10時間以上)、②随時中性脂肪(食後10時間未満)となる。
※3… 空腹時中性脂肪が400㎎/dl以上又は食後採血の場合LDLコレステロールでなくnon-HDLコレステロールでも可。
※4… 原則、空腹時血糖又はヘモグロビンA1ｃとするが、不可能な場合は随時血糖でも可。(食後3.5時間未満を除く)

【送付先】〒699-0203　島根県松江市玉湯町布志名767番31　㈱イーウェル　データ管理Ｂ係

【問い合わせ先】ＴＯＰＰＡＮグループ健康保険組合　ヘルスケアチーム TEL：03-3835-6709

〇個人情報の取り扱いについて

お預かりした個人情報は、ＴＯＰＰＡＮグループ健康保険組合の個人情報保護方針に則り管理いたします。
なお、国への特定健診実績報告時には個人が特定できないかたちでの報告となります。