

シャープ健康保険組合

## 【40歳以上用】パート先・通院先健診結果提出同意書 兼 クオカード申込書

以下の項目にすべて当てはまる方が対象となります。

- 1 受診日時時点で40歳から74歳の被扶養者および任意継続と特例退職被保険者の資格がある方
- 2 「ハピルス健診」「受診券」を利用しない、または利用していない方
- 3 人間ドック等健診費用補助制度(上限2万円)を利用しない、または利用していない方
- 4 「特定健診結果報告書」「特定健診質問票」の項目がすべて揃う方  
(空白の項目がある場合は、対象となりません)

## &lt;注意事項&gt;

- ①個人情報の取扱い: 公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。
- ②記入時の注意事項: 必ずボールペンまたはペンで記入し、訂正する場合は、修正テープ等は使用せずに訂正印を捺印ください。
- ③特定保健指導対象者: 健診結果において特定保健指導の対象者と判定された場合は、委託先の(株)ベネフィット・ワンに必要な情報を提供します。

① 被保険者(本人)の署名	
シャープ健康保険組合 御中	住所 〒 123-0000
令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
・ 健診結果および質問票を特定健診として提出します。 申請日をご記入ください。	連絡先 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
・ 費用実費分を返還することに同意し、署名します。	被保険者(本人)氏名 健保 太郎
保険証をご確認ください。	氏名コード 1234567
	※氏名コードは従業員のみ記入してください

② 健診受診者			
被保険者証の記号	被保険者証の番号	受診者の氏名	受診者の生年月日
2 0 0 0	9 9 9 9 9 9	健保 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 生まれ
受診年月日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 受診	
		令和 年 月 日 受診	

③ クオカードの送付先住所

※ 上記①の被保険者署名欄の住所と違う場合は下記にご記入ください。  
(〒 )

2年度分まとめでの申請が可能です。  
詳しくは「健診ガイドブック」の  
「クオカード発送スケジュール」で  
ご確認ください。

## 【申請書類の確認欄】 各項目についてご確認いただき、✓をお願いします。

項目	内容	✓
申請に必要な書類	①パート先・通院先健診結果提出同意書 兼 クオカード申込書	✓
	②特定健診結果報告書 (全項目記載できているか、ご確認ください)	✓
	③健診結果 (特定健診の数奇記載ページのコピー)	✓
	④特定健診質問票 (全項目記載されているか、ご確認ください)	✓

## 【健保処理欄】

受診年度	受診日資格	有・無	健診申込み	有・無
受診年度	受診日資格	有・無	健診申込み	有・無
備考				

受付日