事業所番号を記載してください。

＊被保険者記号の4桁が事業所番号です。

決裁	事務長	係	※交付決定額
			￥

受付印

※40歳未満も対象となります。

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

令和7年度 事業者健診結果提供料交付申請書

令和　　年　　月　　日

2021年6月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」により事業者や被保険者等から保険者へ40歳未満の健診情報が提供される法的なしくみが設けられ2022年1月から施行されております。
当組合も法に基づき、**40歳未満についても健診結果の提出をお願いしております。**

健診結果の提供にかかる同意書

「労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条」の規定に基づき実施した健康診断のうち、40歳から74歳は「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第27条第2項及び第3項」、40歳未満においては「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和4年1月1日施行）」に基づき、埼玉県薬剤師国民健康保険組合へ健診結果を提供することに同意し、申請します。

事業主(第1種・第5種組合員)氏名	

事業所	薬　局　名			
	所　在　地	〒		
	連絡先電話番号	（　　） 平日の9時～17時に連絡がとれる番号を記載してください。	担当者名	
提出人数	人	× 2,000円	※組合記入欄 提供料計　　円	提出者名は、別紙 事業者健診結果提出者一覧表に記載 （申請時、当組合資格喪失者は対象外）

提供料振込先	金融機関名	銀　行 信用金庫	支店番号	支店名
	預金種類	普通　・　当座	口座番号	7桁未満は前に 0 を記載してください
	口座名義	フリガナ		

注意事項

①**40歳未満も対象**とし、事業者健診結果提供事業を実施します。

②健診結果**１件につき、提供料として2千円を交付**いたします。

③提供者で、**40歳以上は「特定健診(受診方法Ａ・受診方法Ｂ)」、40歳未満は「一般健康診断・定期健康診断補助」の申請は重複になるため、利用できません。** 事業主の方は重複申請回避のため、予め従業員に組合へ結果提供する旨をご周知お願いします。
提供料交付後に重複申請が判明した場合、重複申請者の提供料は、返還いただきますのでご了承ください。

④一番上の事業者番号を必ずご記入ください。

⑤提供者一覧表は、独自に作成した名簿でかまいませんが、**被保険者番号・氏名・ 受診日・40歳以上は特定健診受診券番号**を必ず掲載してください。　＊ご依頼があれば対象者の被保険者番号等を掲載した一覧表を郵送、FAX、メール等で送付します。

⑥健診結果の提供にかかる同意書欄の事業主(第1種又は第5種組合員）の署名は必須です。

⑦提供者(受診者)は、「がん検診・歯科検診補助」を別途、利用できます。
＊組合ホームページから申請書の出力ができます。又、事業の詳細内容を掲載しています。

⑧※印の「提供料計」欄及び「交付決定額」欄は、記入しないでください。

検査結果を見る
＊検査名をクリックすると検査結果値の推移が確認できます。

検査名	基準値	検索結	単位	異常フラグ
AST	9-32	33		高
ALT	4-37	39		高
グルコース	75-105	108	mg/dl	高
ALP	100-340	360	U/L	高
γ-GT	70	77	U/L	高
LD	120-240	218	IU/L	
T-Bil 総ビリルビン	0.2-1.2	1.2	mg/dl	
D-Bil 直接ビリルビン	0-0.4	0.4	mg/dl	
I-Bil 間接ビリルビン	0-0.8	0.7	mg/dl	

■特定健診項目(40歳以上の方の必須項目)

計　測	身長 ・ 体重 ・ BMI ・ 腹囲 ・ 血圧	
尿検査	尿糖 ・ 尿蛋白	
脂　質	中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール	①受診日 ②医療機関名称 ③医師の氏名
肝機能	GOT(AST) GPT（ALT） γ-GTP	④診断結果 ⑤質問票 ①～⑤も必要
代謝系	空腹時血糖又はHbA1c	

※40歳以上の方は、次の項目が1つでも欠けていると提供料の交付はできませんので事前にご確認ください。

事業所番号

事業者健診結果提出者一覧表（40歳以上用）

NO	被保険者番号	提出者氏名	受診日	※特定健診受診券番号（R7年度に受診券交付者のみ記載）										
1	－		／											
2	－		／											
3	－		／											
4	－		／											
5	－		／											
6	－		／											
7	－		／											
8	－		／											
9	－		／											
10	－		／											
11	－		／											
12	－		／											
13	－		／											
14	－		／											
15	－		／											
16	－		／											
17	－		／											
18	－		／											
19	－		／											
20	－		／											
21	－		／											
22	－		／											
23	－		／											
24	－		／											
25	－		／											
26	－		／											
27	－		／											
28	－		／											
29	－		／											
30	－		／											

◆事業者健診結果提出者一覧表は、独自に作成したもので構いませんが、【被保険者番号と氏名・受診日】また特定健診対象者は交付された【受診券番号】を掲載してください。

◆組合にご連絡いただければ、従業員の被保険者番号や受診券番号を掲載した一覧表をお送りします。（郵送・FAX・メール等）

◆提供料対象者となる者だけを記載してください。（申請する時点で既に資格喪失している方は対象外です。）

（TEL　048-827-0081）

事業所番号				

事業者健診結果提出者一覧表（40歳未満用）

NO	被保険者番号	提出者氏名	受診日	備　考
1	－		/	
2	－		/	
3	－		/	
4	－		/	
5	－		/	
6	－		/	
7	－		/	
8	－		/	
9	－		/	
10	－		/	
11	－		/	
12	－		/	
13	－		/	
14	－		/	
15	－		/	
16	－		/	
17	－		/	
18	－		/	
19	－		/	
20	－		/	
21	－		/	
22	－		/	
23	－		/	
24	－		/	
25	－		/	
26	－		/	
27	－		/	
28	－		/	
29	－		/	
30	－		/	

◆事業者健診結果提出者一覧表は、独自に作成したもので構いませんが、【被保険者番号と氏名・受診日】を掲載してください。

◆組合にご連絡いただければ、従業員の被保険者番号を掲載した一覧表をお送りします。（郵送・FAX・メール等）

◆提供料対象者となる者だけを記載してください。（申請する時点で既に資格喪失している方は対象外です。）

（TEL　048-827-0081）