

健診結果の写しを後ろに重ねて、ワチキス止めのうえご提出ください！

- ◆提出先: 公文健康保険組合 (〒530-0001 大阪市北区梅田1-2-2.大阪駅前第2ビル9階) / FAX・メール不可
- ◆受付期間: 2016年7月1日～2016年12月28日(厳守) ※12月29日以降到着分は失格になります

## Skip 2016年度 健診チャレンジ申告シート

※欄は必ず記入してください。申告者情報に記入もれ・記入誤りがある場合は失格となりポイントは付与されません。また、健診結果(写)に不備・不足等があり正しく判定ができないときはポイントは付与されません。  
 ◎失格等の連絡は致しかねます。申告シート提出月の翌月(10日頃)にポイントが付与されていない場合はお問い合わせください。

※ 保険証の記号番号		※ 被保険者の氏名		※ 所属部署名
記号	番号			
※ SkipのログインID(7桁)		※ Skip参加(申告)者氏名		※ 該当する方に○
				※ 受診日 月 日
				・ 被保険者 ・ 被扶養者
※Skipのチャレンジプログラム(ウォーキング・ライフスタイル)に3ヶ月以上			※ 現在の獲得ヘルスポイント数	
該当する方に✓	<input type="checkbox"/> 参加した(申告済み)	【注意】 参加及び結果を申告していない場合は健診ポイントは付与されません	・ チャレンジウォーキング _____ ヘルスポイント	
	<input type="checkbox"/> 参加していない		・ ライフスタイルチャレンジ _____ ヘルスポイント	

■ 2016年度の健診結果をみて、該当項目の判定数値をご記入ください。  
 \* ③と④に関しては1項目毎に判定します。検査されなかった項目については加算できません。

チャレンジ健診項目	※ 健診結果報告欄	基準値(参考)	健保記入欄	
① 肥満度(BMI)		25未満	500 / 250 / 0	
② 腹囲	男性	cm	85cm未満	500 / 250 / 0
	女性	cm	90cm未満	
③ 空腹時血糖値 及び HbA1c(NGSP値)		mg/dl	100mg/dl未満	250 / 125 / 0
		%	5.6%未満	
④ 中性脂肪値 及び HDLコレステロール		mg/dl	150mg/dl未満	250 / 125 / 0
		mg/dl	40mg/dl以上	
⑤ 血圧(上) 血圧(下)		mmHg	130mmHg未満	250 / 125 / 0
		mmHg	85mmHg未満	
⑥ γ-GTP		IU/l	50IU/l以下	500 / 250 / 0

■ タバコ歴に関して該当する欄に○印を付けてください。②の場合は( )内もご記入ください。

※○欄	タバコ歴	内 容	健保記入欄
	①タバコを吸わない	もともと喫煙していない。または1年以上喫煙していない。	500
	②禁煙成功	( 年 月)まで喫煙していたが、健診受診の時は禁煙に成功している。	300
	③喫煙している	現在、習慣的に喫煙している。	0

### 添付書類

ご確認のうえ、申告シートに添えてご提出ください。

注 健診結果の写しはチャレンジ健診項目のみで結構です。ただし、受診日と受診者名がわかるものをご準備ください。

- ・ 2016年度の健診結果の写し … **必須**
- ・ チャレンジ健診項目で基準値を超えている項目がある場合は2015年度の健診結果の写し等 … **該当者のみ**
- ・ タバコ歴に関しては下記に第3者の証明をつけてください … **タバコ歴①②の場合は必須**

チャレンジ参加者(氏名 \_\_\_\_\_)さんのタバコ歴に関しては、  
 上記申告のとおり間違いのないことを証明します。

年 月 日

証明人氏名(自署)

印