令和6年4月

**特定健診対象者　各位**

マキタ健康保険組合

**令和6年度　特定健診における受診券の発行について（ご案内）**

平素は、健康保険組合の事業運営に、ご理解ご協力賜り、誠にありがとうございます。

この特定健診は､国民生活の質の向上と健康寿命の延伸のため、４０歳以上７４歳までの全国民を

対象に行われる健診です。

年に一度の健康チェックに、その他の健保補助健診を未受診の方は、ぜひご活用ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **対象者** | 本年度40歳以上**（昭和60年３月３１日以前生まれの方）**かつ受診時にマキタ健康保険組合の資格がある被扶養者及び**※任継被保険者**で、本年度にその他の健保補助健診を未受診の方**（併用不可・年度１回限りの為）** |
| **2** | **申込方法** | 「特定健診受診券発行申請書」を記入し健保へ提出 |
| **3** | **申請期限** | 令和7年2月28日まで**（申請書健保必着）** |
| **4** | **利用方法** | 受診券の発行を受け、ご自身で特定健診実施医療機関へ予約受診時は受診券と健康保険証を必ず持参　**（↑検索方法の案内は受診券へ同封）**受診費用は特定健診の検査項目に限り無料（全額健保負担）です。 |
| **5** | **受診期間** | 令和6年4月1日～令和7年3月31日まで**（未使用の受診券は、直ちに健保へご返却ください。）** |
| **6** | **特定健診の****検査項目** | **≪必須検査項目≫**質問票（服薬歴、喫煙歴等）、血圧測定、血液検査（脂質、血糖、肝機能）身体計測（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲）、尿検査（尿糖、尿蛋白）、理学的検査（身体診察） |
| **≪医師が必要と認めた場合の詳細な検査項目≫**心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査(eGFＲ) |
| **7** | **ご注意** | この「特定健診」は、胸部X線・胃部X線・ガン検査・婦人科検査等は含みません。その他の健保補助健診（人間ドック・主婦健診・全国健診等）の対象者(被扶養配偶者)は、健保補助健診の受診をお勧めします。 |
| **※任継被保険者**任継被保険者の内、（株）マキタへ再雇用されハーフ勤務している方は、定期健康診断受診の為、今回の特定健診案内は対象外となります。 |

以上

|  |
| --- |
| **《お申し込み・お問い合わせ先》****マキタ健康保険組合**　　直通0566-97-1715〒446-8502　愛知県安城市住吉町３丁目１１番８号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **マキタ健康保険組合　行****（FAX 0566-98-2535）** | 供　　覧 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |

**令和6年度　特定健診受診券　発行申請書（任継）**

|  |
| --- |
| **この特定健診受診券の申請いただけるのは、以下①～③のすべてを満たす方です。****①今年度40歳以上　　②受診時に任継資格のある方****③その他の健保補助健診（人間ドック・主婦健診・全国健診等）を受診しない方****申請書を記入提出する前に、必ずご確認ください。** |

下記のとおり特定健診受診券の発行を申請します。　　　　　　申請日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | **保険証の****記号－番号** | 20 **－** | **被保険者名** |  |
| **住所** | **〒　　　　　－** |
|  |
| **℡　　　　　－　　　　　－** |
| **受診券希望者** | **ﾌﾘｶﾞﾅ****氏名** |  | **続柄** | **生年月日** | **※番号** |
|  |  | **昭和 年 月 日** |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ****氏名** |  | **続柄** | **生年月日** | **※番号** |
|  |  | **昭和 年 月 日** |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ****氏名** |  | **続柄** | **生年月日** | **※番号** |
|  |  | **昭和 年 月 日** |  |

**※番号欄は健保で記入します。**

**《注意＆連絡事項》**

|  |
| --- |
| 　対 象 者 ： 今年度40歳以上で、受診時にマキタ健保の任継資格のある方 |
| 　利用方法 ： ご自身で特定健診実施医療機関へ予約の上、受診券と保険証を持って受診 |
| 　受診費用 ： 無料（全額健保負担）但し、オプション項目は全額自己負担 |
| 申込期間 ：令和7年2月28日まで（申請書健保必着） |
| 有効期間 ：令和7年3月31日受診分まで（**未使用の券は健保へご返却ください。**） |
| ご 注 意 ： 人間ドック・主婦健診・全国健診・巡回人間ドック・特定健診は、年度につき１回限りの補助となります |
| そ の 他 ： 受診券は被保険者欄の住所宛に送付いたします。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **《お問合せ＆送付先》　マキタ健康保険組合**〒446-8502　愛知県安城市住吉町３丁目１１番８号直通0566-97-1715　FAX 0566-98-2535（提出は郵送及びFAXでも受付けます） |  | マキタ健保組合受付印 |
|  |