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（自宅宛）**

|  |
| --- |
| **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受診時に被扶養者資格のある方**  **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 |  | 保険証の  番号 | |  | |
| 被保険者名 |  | 職場名 | |  | |
| **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** | |  |
| **住所** | **〒　　　　　－** | | | | |
|  | | | | |
| **℡　　　　　－　　　　　－** | | | | |

**※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被扶養者資格のある方 |
| 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 ： 受診券は受診券希望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 |
|  |