

ソウェルクラブ 生活習慣病予防健診費用助成 担当者様

福利厚生センター事業の運営につきましては、日頃からご支援・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

生活習慣病予防健診費用助成事業の申請の際に添付していただく「申請該当者名簿（別紙様式2）」については、センターが作成したものを使用していただくようお願いをしております。

つきましては、下記をご参照のうえ、センターへ作成依頼をお願いいたします。

申請該当者名簿（別紙様式2）作成依頼方法

- メールでセンターに依頼 ⇒ メールアドレス：[kenshin@sowel.or.jp](mailto:kenshin@sowel.or.jp)  
（申請該当者名簿 → Excel ファイルを依頼メールに添付して返信）
- FAXでセンターに依頼 ⇒ FAX番号：03-3294-6815  
（申請該当者名簿 → FAXにて返信）

『 依頼事項 』

- ① 表題 「健診名簿作成依頼」
- ② 法人申請 ⇒ 都道府県コード — 契約者コード  
又は
- ② 事業所申請 ⇒ 都道府県コード — 契約者コード — 事業所コード
- ③ 法人名 又は 事業所名
- ④ 担当者名
- ⑤ 電話番号・FAX 番号

※「申請該当者名簿」は、年度が変わるごとに作成依頼をしてください

※複数の事業所で申請の場合は、すべての事業所コードまたは事業所名を記載

※「申請該当者名簿」は年度内に30歳以上の対象者をリストアップ

※この他の必要書類としては、個人内訳がわかる領収書もしくは請求明細書等の写し詳しくは、事務マニュアルをご参照ください。

社会福祉法人 福利厚生センター（ソウェルクラブ）  
〒101-0052 千代田区神田小川町 1-3-1  
NBF 小川町ビルディング 10F  
TEL 03-3294-6813



## 検査実施証明書

20 年 月 日

(検査実施医療機関名及び代表者名)

印

当院では、下記の事業所(施設)等に勤務する下記又は別紙記載の職員について、生活習慣病予防健診として、次に掲げる検査を実施したことを証明する。

都道府県コード □ □ □ □	契約者コード □ □ □ □ □ □	事業所コード □ □ □ □	←法人で申請する場合には、事業所コードは記入不要です
〔受診者が所属する事業所(施設)の所在地 (法人で申請する場合は、法人所在地)〕 (〒 - )			
〔受診者が所属する事業所(施設)の名称〕 (法人で申請する場合は、法人名)		〔受診者が所属する事業所(施設)の代表者名〕 (法人で申請する場合は、法人代表者名)	

実施した項目に○をつけて下さい

健 診 の 基 準		検査実施の有無
1. 診察等	問診、計測(身長・体重)、視力検査、聴力検査、 理学的検査(胸部聴診・腹部触診)、腹囲	
2. 血圧測定	坐位	
3. 尿検査	糖半定量、蛋白半定量、潜血	
4. 糞便検査	免疫便潜血反応検査(2日法)	
5. 血液学的検査	ヘマトクリット値、血色素測定、赤血球数、白血球数、血小板数	
6. 生化学的検査	総コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、 LDL-コレステロール、GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP、ALP、 クレアチニン、空腹時血糖、尿酸	
7. 心電図検査	12誘導	
8. 胸部X線検査	間接撮影又は直接撮影	
9. 胃部X線検査	間接撮影又は直接撮影(胃内視鏡検査も可)	
10. 乳がん検診	問診、視診、触診、マンモグラフィ、超音波	
11. 子宮がん検診	問診、陰脂膏顕微鏡検査(スメア方式)	

職員名〔健(検)診を受診した会員名を記入〕

- (注) 1. 協会けんぽの制度を利用して受診した場合は、本様式の提出は不要です。  
2. 複数の医療機関で検査を受診した場合は、医療機関毎に証明書を提出して下さい。

