

40歳以上 被扶養者

健診結果提出報告書 (パート先・市町村で受診された場合)

申請日 令和 年 月 日

記号	番号	被保険者名	
		自署の場合は押印不要 印	
健診実施者名 (被扶養者名)		生年月日	年齢
		昭和 年 月 日	歳
質問 (☑して下さい)			
ご住所 ご連絡先 (日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください)		1 下記の薬を服薬していますか	
☎ メールアドレス		・血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
		・インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
		・コレステロールを下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
受診された医療機関名		健診された日	
		令和 年 月 日	
		2 現在タバコを吸っていますか <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

※内容確認のため、ご連絡させていただいております。

【特定健診の必須項目】

- (1)身体計測 (身長、体重、BMI、腹囲)
- (2)理学的検査 (身体診察)
- (3)血圧測定
- (4)血液検査
 - ①脂質検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
 - ②血糖検査 (空腹時血糖またはヘモグロビンA1c)
 - ③肝機能検査 (GOT、GPT、γ-GTP)
- (5)尿検査 (尿糖、尿蛋白)
- (6)質問票 (服薬歴、喫煙歴など)

ご提出いただくもの

- 検査結果の写し
左の必須項目の検査数値が
記載されていますか？

記号番号は
こちらを記入ください

健康保険 家族(被扶養者)	平成〇年〇月〇日交付
被保険者証	
記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇
氏名	総合 美子
生年月日	昭和〇年〇月〇日 性別 女
認定年月日	平成〇年〇月〇日
被保険者氏名	総合 太郎
事業称名称	株式会社 〇〇〇
保険者所在地	京都府京都市伏見区東大手町763
保険者番号・名称	06260699 トータルビューティ健康保険組

被保険者名は
こちらを記入ください

受付印

QUOカード発送	担当	担当
令和 年 月 日		