

40歳未満の被扶養者（学生除く）

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	
		目書の場合は押印不要 印	
健診実施者名（被扶養者名）		生年月日	年齢
		昭和 年 月 日	歳
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）			
メールアドレス			
受診された医療機関名		健診された日	
		令和 年 月 日	
		質問（☑して下さい）	
		1 下記の薬を服薬していますか ・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	
		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 ○○○ 番号 ○○○○

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 ○○○

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		