

経 伺	常務理事	課長	担当者

パート先・市区町村などの特定健診結果報告書
(40歳以上の被扶養者)

提出日 令和 年 月 日

被保険者証 記号番号	—		事業所名	
被保険者	氏名		資格取得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	住所 (送付先)	〒 -
受診者 (被扶養者)	氏名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
連絡先	※日中、連絡が取れるものをご記入ください。 TEL () —		健診年月日	令和 年 月 日
健診種別	※該当する方を○で囲んでください。 パート先・市区町村などの自治体		担当医師名	
特定健診 質問項目 ※該当するものに ☑を入れてください。	① 治療中の疾患はありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	疾患名 ()			
	② 血圧を下げる薬を飲んでいますか※3		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	③ インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか※3		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	④ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか※3		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑤ 現在、習慣的にたばこを吸っていますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 最近1カ月間吸っている				
<input type="checkbox"/> 生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている				

受付年月日

- ※1 この申請書には「健診結果表」の写しを添付してください。
 ※2 添付の「健診結果表」の検査項目に不足や不備がある場合は受付できません。
 ※3 特定健診質問項目②～④は医師の診断・治療のもとで服薬中のものに限り、
 ※4 受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、
 プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。