

健診結果届出書

申請日	令和 年 月 日			
被保険者等 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
			受診者名	
生年月日	昭和 年 月 日		日中の連絡先	
住 所	〒			
健診受診日	令和 年 月 日		受診医療機関	
こちらの質問に 必ず ご回答ください	<p>①現在、以下の薬を服薬していますか</p> <p>a. 血圧を下げる薬 < ①はい ・ ②いいえ ></p> <p>b. インスリン注射や血糖を下げる薬 < ①はい ・ ②いいえ ></p> <p>c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 < ①はい ・ ②いいえ ></p> <p>②現在、たばこを習慣的に吸っていますか < ①はい ・ ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ・ ③いいえ ></p> <p>③健診日に採血をしたときの状況</p> <p>< 空腹（食後 10 時間以上） ・ 食後 10 時間未満（ 時間） ></p> <p>④腹囲（※添付した健診結果に記載がある場合は記入不要） < cm ></p> <p>⑤既往歴（※添付した健診結果に記載がある場合は記入不要） < ></p> <p>⑥自覚症状（※添付した健診結果に記載がある場合は記入不要） < ></p> <p>⑦特定健康診査受診券を使用しましたか < ①はい ・ ②いいえ ></p> <p>⑧人間ドック、生活習慣病予防健診の補助金を請求をしますか < ①はい ・ ②いいえ ></p> <p>（※契約健診機関で受診した場合はすでに健診料金から補助金が引かれています）</p> <p>上記⑦⑧が「はい」の方はクオカード送付対象とはなりません。</p>			

上記のとおり、健診結果を提供いたします。

提出方法

本届出書に、**受診した健診結果の写しを添付**して下記提出先にご郵送ください。
必須の検査項目をすべて受診している対象者の方にはクオカードをお贈りします。
記入もれのないように再度ご確認ください。



提出先・
お問合せ先

〒 220-0011
横浜市西区高島 2-12-6
ヨコハマ・ジャスト 1 号館 7 階
神奈川県食品製造健康保険組合
TEL 045-453-6359