

健 保 使 用 欄	御礼品 送付日		常務理事	事務長	担当
	令和	年 月 日			

大日本塗料健康保険組合 宛

## 令和 年度 パート先等健診結果表 送付書

太枠内をすべてご記入ください

					提出日	令和	年	月	日
保険証番号	記号		番号		被保険者氏名				
受診者	フリガナ				生年月日・年齢				
	氏名				昭和	年	月	日	( 歳)
御礼品の送付先	フリガナ								
	〒								
	電話番号	( )	-						
健診を受けた医療機関	医療機関名								
	健診日	令和	年	月	日				

本送付書と健診結果表(全頁のコピー)・特定健診質問票を提出いただいた方へ、御礼を進呈いたします。ただし、記入漏れや健診項目不足等の不備がある場合、御礼の対象となりません。

ご確認の上、全ての項目にチェック(レ点)してください

確認・同意事項	<input type="checkbox"/> 提出した個人情報、大日本塗料健康保険組合の保健事業の目的に使用することに同意します		
	<input type="checkbox"/> 40歳以上の被扶養者、または任意継続被保険者である		
	<input type="checkbox"/> 年度内に大日本塗料健康保険組合の人間ドック・特定健診(受診券使用)を受診しない		
	<input type="checkbox"/> 健診結果表に下の項目がすべて記載されている		
		医療機関名	<input type="checkbox"/> 医療機関名
		健診日	<input type="checkbox"/> 健診を受けた日にち
健診項目	血液検査	脂質	<input type="checkbox"/> 中性脂肪(TG) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール <input type="checkbox"/> LDLコレステロール または non-HDLコレステロール
		血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 または ヘモグロビンA1c(HbA1c) または 随時血糖
		肝機能	<input type="checkbox"/> AST(GOT) <input type="checkbox"/> ALT(GPT) <input type="checkbox"/> $\gamma$ -GTP
		尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿蛋白
	診察・身体測定	<input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 自覚症状 <input type="checkbox"/> 他覚症状 <input type="checkbox"/> 身長※ <input type="checkbox"/> 体重※ <input type="checkbox"/> 腹囲※ <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 血圧	
※結果表に右の3項目がない場合、自己測定し記入いただいても可です。 身長 _____ cm、体重 _____ kg、腹囲 _____ cm			

添付書類	当年度受診の健診結果表(全頁のコピー) 特定健診 質問表
------	---------------------------------

<送付先>

〒542-0081

大阪市中央区南船場1丁目18番11号 SRビル長堀6階

大日本塗料健康保険組合 宛

<提出期限>

令和 年1月31日必着

確認・同意事項へのチェック、添付書類がすべてそろっているかご確認ください。