

注意事項 ※必ずお読みください。

保険証記号	番号	事業所名		受診年月日		フリガナ		生年月日	年齢		
						氏名 (男・女)					
項目	検査	結果	判定	項目	検査	結果	判定	項目	検査	結果	判定
内科診察	/			血液一般	赤血球(RBC)			X線	胸部 (間接・直接)		
					Ht				胃部 (間接・直接)		
					Hb			婦人科		子宮がん 内診	
MCV		子宮がん 細胞診(医師採取・自己採取)									
MCH		乳がん 触診									
MCHC		乳がん エコー・マンモ									
問診計測	身長			白血球(WBC)		血小板(Plt)		総合判定			
	体重			血球容積率(Hct)							
	標準体重			AST(GOT)		肝機能		医師指示事項			
	BMI			ALT(GPT)							
	腹囲			γ-GTP							
血压	血压1回目	/		ALP		大腸		医師氏名:			
	血压2回目	/		便潜血1回目							
視力	裸眼 右			便潜血2回目		心臓		医師氏名:			
	左			心電図							
	矯正 右							判定			
	左										
聴力	オージオメーター			判定		<健診(検査)機関名および住所> A 異常なし B ほぼ正常 C 要観察 D 要治療 E 要精密検査 要再検査 F 継続治療 治療中		円 上記金額正に、領収いたしました。 [内訳] 健康診査料 _____円 特定健康診査料 _____円 婦人科検査料 _____円 文書料 _____円 健診料金 <消費税課税対象・非課税> (どちらかに○をお付けください。)			
	右 1,000Hz			※訂正箇所は上記に押印したものを訂正印として押印願います。(訂正印のないものは無効です。)						平成 年 月 日	
	4,000Hz			<電話番号>							
	左 1,000Hz										
	4,000Hz										
腎臓	Cre										
尿酸	UA										
脂質代謝	T-CHO										
	TG										
	HDL-C										
	LDL-C										
	non-HDL-C										
糖代謝	空腹時血糖										
	尿糖(定性・定量)										
	HbA1c(NGSP値)										
尿	蛋白										
	eGFR										
	潜血										

▼健診(検査)機関の方へ

記入上の注意

健診結果について

- ・[様式2]以外に実施した検査項目がありましたら「医師指示事項」にご記入ください。
- ・判定は下記のコードをご記入ください。

コード	判定
A	異常なし
B	ほぼ正常
C	要観察・日常生活注意
D	要治療
E	要精密検査・再検査(1・3・6ヵ月後)
F	継続治療・治療中

健診料金について

- ・領収額、健診(検査)機関名および住所を必ずご記入ください。
- ・健康診査料には基本健診分(特定健康診査分を引いた金額)をご記入ください。
 なお、婦人科検査を実施した場合はその料金を内訳欄にご記入ください。
 【セットコースのため算出できない場合は単独(オプション検査)で実施する際に設定されている料金をご記入ください。】また、この様式の記載にあたり、「文書料」が発生する場合は「文書料欄」に金額をご記入ください。
- ・健診(検査)機関の印を必ず押印してください。なお、金額等を訂正する場合は、必ず使用したものを訂正印として押印願います。

▼受診者の方へ

- ・受診できる健診種別
 35歳以上・・・生活習慣病健診、簡易生活習慣病健診(いずれか選択のうえ受診してください。)
 35歳未満・・・簡易生活習慣病健診(生活習慣病健診から大腸・心臓・胃部X線を除いた検査項目です。)
- ・健診の補助について(下記「補助限度額」の範囲内で補助いたします。)

健診種別	補助限度額(消費税相当額を除く)
生活習慣病健診	19,000円
簡易生活習慣病健診	5,000円
オプション検査	補助限度額(消費税相当額を除く)
婦人科検査(35歳以上対象)	4,000円

- ・本様式の記載にあたり文書料が発生した場合は、1,500円(消費税相当額を除く)を限度に別途補助いたします。
- ・上記以外のオプション検査は補助の対象外です。
- ・健診の補助および健診につきましては年度内(4月～3月)につき1回限りです。
- ・市区町村等から健診に係る補助が支給される場合でその補助額が上記限度額を超える場合は補助の対象になりません。なお、その補助額が上記限度額未満の場合はその差額を補助いたします。
- ・当組合の契約健診(検査)機関で受診した場合、あるいは契約健診(検査)機関と同市区町村内に所在する健診(検査)機関で受診した場合は補助の対象となりません。

遠隔地健診の項目には特定健康診査の項目が全て含まれています。
 今年度40歳～74歳になる方は、特定健康診査項目(部分)を必ず実施してください。
 また、【様式3】の特定健康診査用質問表が必要です。ご記入の上、ご提出願います。

提出期限:平成31年4月5日(金)

本様式に記載された事項につきましては受診者の健康管理(含特定保健指導)および健診統計資料の作成・健診補助金の支払いをする目的以外で使用することはありません。