

# 特定健診実施結果送付書

事業所記号

〒 \_\_\_\_\_

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

担当者氏名

健診機関番号	(10桁)
〒 _____	
健診機関所在地	
健診機関名称	
電話番号	

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月実施分 紙媒体・電子媒体  
(どちらで提出されたか○をお願いします)

※当組合に請求する「人間ドック補助金」と同一の検査結果を使用する場合は、請求の対象とはなりませんので記入しないでください

※受診者が「家族」の場合は、家族欄へチェックを入れてください

	家族	被保険者番号	受診者氏名	人間ドックの検査結果を使用している (使用⇒○を付ける)	検査(実施した場合○を付けてください)		
					ヘマトクリット値	眼底検査(両目)	HbA1c (NGSP値)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
合計			名	名	名	名	名

※ 毎月、特定健診終了後速やかに、受診者の被保険者番号及び氏名等をこの送付書に記載のうえ、紙媒体『特定健診内容表(事業主⇒健保組合)』又は電子媒体、『特定健診データ提供料及び検査料請求書』と同時に提出をお願いいたします  
受診者氏名は、実施日順(第一優先)かつ被保険者番号順(第二優先)に並べていただきますよう、お願いいたします

※ 医師の判断により検査(ヘマトクリット値・眼底検査[両目]・HbA1c)を実施した場合は、検査料の請求対象となりますので、○の記入をお願いいたします

受付日付印