

「パート先での健診結果」報告書

●「健診結果表(写)」を添付のうえ、下記の通り報告します。 提出日(西暦) 年 月 日

(健康保険被保険者証) 記号—番号		被 保 険 者 氏 名		
—		(フリガナ)		
被扶養者氏名 (健診受診者名)		生 年 月 日	年 齢	被保険者との続柄
(フリガナ)		S・H 年 月 日	歳	
住 所	〒 —			
日常連絡がとれる電話番号(自宅または携帯) — —				
パート先での健診実施機関名				
担当医師氏名				
健 診 受 診 日		(西暦) 年 月 日		
* 健診結果表に右の項目の記載 が無い場合は、必ず記入してく ださい。		身 長	cm	
		体 重	kg	
		腹 囲	cm	

いずれかを
お選びください

QUOカードの送付を希望する(上記住所に郵送します)

婦人科健診に申し込む(下欄に記入ください)

乳 房 検 査(何れかを選択ください)		子 宮 頸 部 細 胞 診	
<input type="checkbox"/> 視触診+マンモグラフィ(X線)	<input type="checkbox"/> 視触診+エコー(超音波)	<input type="checkbox"/> 受診する	<input type="checkbox"/> 受診しない

受診希望日(西暦)	※ 医 療 (健 診) 機 関		
第1希望 年 月 日	コードNO.		機 関 名
第2希望 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 特に希望無し(いつでもよい)			

※「コードNO. 及び医療機関名」は、「婦人科検診実施医療機関名簿」の中から選んでください。

[個人情報保護と守秘義務について]

この手続き等に於いて知り得た情報は、当初目的以外の使用はいたしません。また、取り扱いは、個人情報保護法その他関係法令、健保組合が定めた規程などに基づき、厳密に保護・管理されます。