

パート勤務先での健診受診結果報告書

新日鐵住金健康保険組合 御中

健診結果(コピー)を添付のうえ、下記のとおり報告します。

提出日:平成 年 月 日

健康保険証の記号 - 番号	被保険者氏名
—	フリガナ

※この報告に記載された個人情報につきましては、パート勤務先での健診受診結果報告事務のみに使用します。

【記入必須項目】

健診受診者氏名	生 年 月 日	年 齢	被保険者との続柄
	昭和 年 月 日 平成	歳	
受診した医療機関名			
担当医師名			
健診を受診した日	平成 年 月 日		
※ 満40歳以上の方は、 右の質問にご回答ください →	薬の使用有無、タバコについて 以下の質問にお答えください。		
	a 血圧を下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ	
	b インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ	
	c コレステロールを下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ	
	d 現在、タバコを習慣的に吸っている	はい・いいえ	
※ 健診結果に右の項目が無い場合は ご記入ください →	身 長	cm	
	体 重	kg	
	腹 囲	cm	

【健診結果をご提出いただいたお礼として図書カードを進呈しています。送付先のご住所をご記入ください。】

〒 —
日中のご連絡先(携帯電話など)
() —

健保組合使用欄

受付日

図書カード送付