

特定健康診査結果報告書

(補助金申請書へ添付のこと)

受診機関	名 称		勤務先	名 称
	住 所		支 店 営 業 所	住 所
健診人数	名	健診実施日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

	保険証No.	被保険者名	年齢	受診チェック		健診料 (単価)	備考
				空腹時血糖	A1c		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

- (注)
1. この結果報告書は特定健康診査を実施した医療機関ごとに作成して下さい。
 2. 医療機関で発行した領収書(コピー可)は必ず添付して下さい。
 3. 受診者の質問票(アンケート)及び健診結果表(写)は必ず添付してください。
 4. 特定健康診査の必須項目で、次の「空腹時血糖・ヘモグロビンA1c」のうちいずれか一つの検査を受診していただきます。受診チェック欄に○印をしてください。
 5. この用紙に記載されている個人情報保健事業を推進するための目的以外に使用しません。