

特定健康診査 受診料請求書(立替分)

受診者記入面

特定健康診査を受診される皆様

「特定健康診査(以下、健診という)」を受診するにあたり、下記4点についてご確認をお願いします。

- ① 健診が受診できる方は、40～74歳の被扶養者(家族)です。
- ② 同一年度内に当健保が実施する「人間ドック」「レディースドック」を受診された方(または受診予定のある方)は、受診いただくことが出来ません。
- ③ 医療機関受診の際は、本書裏面を医療機関の窓口へご提出いただき、**基本項目の検査をご受診ください。**
なお、医師が必要と判断した場合は、詳細項目も実施してください。
***裏面以外の項目を受診されますと、受診料のお支払いが出来ません。**
- ④ 健診費用は、医療機関の窓口で全額お支払いいただいた後、本書太枠内に必要事項をご記入の上、「領収書(原本)」「質問票」を添付し、健保へご提出下さい。健診にかかった費用の全額を補助致します。

その他ご不明な点がありましたら、下記までお問合せ下さい。

豊田合成健康保険組合 担当:秋本 TEL:0587-23-6661

1. 申請者情報

申請日: 2022年10月15日

| | | | | | | | | | |
|---------------|---------|---|----|-----|---|---|------|-------------------|-------|
| 被保険者等 | 記号 | | 番号 | | | | | 被保険者氏名 (従業員氏名) | 健保 太郎 |
| | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | | |
| 事業所名 (会社名) | 豊田合成(株) | | | | | | 内線番号 | 611-5105 | |
| 所属 | 地域 | | | 部署 | | | | | |
| | 本館 | | | 〇〇〇 | | 部 | | ××× 課・室 | |

2. 受診者情報

*日中、連絡可能な電話番号も必ずご記入下さい

| | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| 受診者氏名 | 健保 花子 | 被保険者との続柄 | 妻 |
| 生年月日 (西暦) | 西暦 1970年10月10日 | 電話番号 (受診者本人) | 090-〇〇〇〇-×××× |
| 住所 | 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500番地 | | |

3. 受診料の請求

*振込口座は被保険者(従業員)の口座をご記入下さい。(ゆうちょ銀行以外)

| | | | | | |
|----------------|---------|----------------|------|---------|-----------------|
| 銀行名 | 三菱 UFJ | 銀行 金庫 農協 | 支店名 | 〇〇 | 本店 支店 出張所 |
| 預金種別 | 普通 | 当座 | 口座番号 | 8888888 | |
| フリガナ | ケンポ タロウ | | 受診料 | 7,800 円 | |
| 口座名義人 (従業員) | 健保 太郎 | | | | |

4. 提出物の確認

| チェック | 提出物 | [健保記入欄] | | |
|-------------------------------------|--|---------|-----|-----|
| | | 受付日 | 入力日 | 支払日 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 特定健康診査受診料請求書(本書) *裏面の健診結果(基本項目)が 全て記載されているかどうかご確認下さい | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 特定健康診査質問票 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 領収書(原本) | | | |

特保システム入力
ドックシステム入力

特定健康診査 受診結果通知書

医療機関記入面

ご担当者様

来院された当健保加入者の方へ「特定健康診査(以下、健診という)」の実施をお願いします。
健診実施にあたっては、下記2点についてご理解ご協力をお願いします。

- 健診では、下記「基本項目」に記載の検査を実施いただき、その結果を直接本書へご記入ください。
※詳細項目は医師が必要と判断した場合のみ実施。また、検査項目毎に実施理由もご記入ください。
- 当健保は「特定健康診査受診券(集合契約)」を発行しておりません。
そのため、健診にかかる費用は全額受診者へご請求下さい。後日、受診者は当健保へ費用請求を行う際、「領収書(原本)」が必要となりますので、必ず1枚にまとめて発行をお願いします。

ご不明な点がありましたら、下記までお問合せ下さい。

豊田合成健康保険組合 担当:秋本 TEL:0587-23-6661

| | | | | |
|-------|----|------|---|---|
| 健診年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 受診者氏名 | | 既往歴 | | |
| 理学的所見 | | 自覚症状 | | |

基本項目

| 項目 | 結果 | 項目 | 結果 |
|------|----------------|-------|------------------------|
| 身体測定 | 身長 (cm) | 脂質検査 | 中性脂肪 (mg/dl) |
| | 体重 (kg) | | HDL-コレステロール (mg/dl) |
| | 腹囲 (cm) | | LDL-コレステロール (mg/dl) |
| | B M I | 肝機能検査 | G O T (IU/l) |
| 血圧 | 収縮期血圧 (mmHg) | | G P T (IU/l) |
| | 拡張期血圧 (mmHg) | | γ -G T P (IU/l) |
| 血糖検査 | 空腹時血糖 (mg/dl) | 尿検査 | 糖 |
| | ヘモグロビン A1c (%) | | 蛋白質 |

詳細項目

* 詳細項目を実施する場合は、検査項目毎に実施理由も記入してください

| 項目 | 結果 | 実施理由 |
|----------|---------------------------|------|
| 貧血検査 | ヘマトクリット値 (%) | |
| | 血色素量 (g/dl) | |
| | 赤血球数 (万/mm ³) | |
| 血清クレアチニン | | |
| 心電図検査 所見 | | |
| 眼底検査 所見 | | |

| | |
|-------|---|
| 医師の判断 | 上記の通り診断致します。 住所 医院名 健診機関番号 医師 |
|-------|---|