

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。
***ただし、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

健康保険証	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		
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			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
<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ください
<input checked="" type="checkbox"/>	特定健康診査質問票
<input checked="" type="checkbox"/>	領収書(原本)

受付日	支払日

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

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
-------	---