

40歳以上 被扶養者

40歳未満の配偶者

健診結果提出報告書 (QUOカード)

申請日 令和 年 月 日

記号	番号	被保険者名	被保険者の事業所名

報告者 (被扶養者)	生年月日	年齢	健保欄
	昭和 平成 年 月 日	歳	記入しないでください <input type="checkbox"/> 40歳以上 <input type="checkbox"/> 40歳未満
住所 連絡先			
〒 ☎ 日中のつながる番号			
受診した医療機関名	健診した日		
	令和 年 月 日		

※内容確認のため、ご連絡させていただいております。

40歳以上の方【特定健診の必須項目】

- (1)身体計測 (身長、体重、BMI、腹囲)
- (2)理学的検査 (身体診察)
- (3)血圧測定
- (4)血液検査
 - ①脂質検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
 - ②血糖検査 (空腹時血糖またはヘモグロビンA1c)
 - ③肝機能検査 (GOT、GPT、γ-GTP)
- (5)尿検査 (尿糖、尿蛋白)
- (6)質問票 (服薬歴、喫煙歴など)

記号番号は
こちらを記入ください

健康保険 家族(被扶養者) 平成〇年〇月〇日交付
被保険者証

記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇

氏名 総合 美子
生年月日 昭和〇年〇月〇日 性別 女
認定年月日 平成〇年〇月〇日
被保険者氏名 総合 太郎
事業所名称 株式会社 〇〇〇

保険者所在地 京都府京都市伏見区東大手町763
保険者番号・名称 06260699
トータルビューティ健康保険組

事業所名称は
こちらを記入ください被保険者名は
こちらを記入ください

受付印

常務理事	事務長	担当	担当