

事業主健診等の結果 提供同意書

令和8年度版

下記項目全てに該当しますので、事業主健診等結果を羽曳野市国民健康保険に提供します。
該当するか確認をし、をつけてください。

- 1 令和8年4月1日～令和9年3月31日に事業主健診等を受診し、かつ受診時点で羽曳野市国民健康保険の被保険者であること
- 2 令和9年3月31日現在の年齢が40～74歳であること
(昭和27年4月1日～昭和62年3月31日生まれ)
- 3 羽曳野市の受診券を使用して特定健康診査や人間ドックを「受けていない」または「受診予定がない」こと

※太線の枠内は必ずご記入ください。

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日			
		昭和	年	月	日生
住所	〒 ー 羽曳野市				
電話番号	自宅 () ー		携帯 () ー		

○ 提出するもの

- この用紙(事業主健診等の結果 提供同意書)
- 未使用の羽曳野市特定健康診査受診券(水色) ※受診券裏面の質問票もご記入ください
- 健診結果のコピー(原本を送っていただいた場合でもお返しすることができません。)
医療機関名・医師氏名・総合判定等がわかるようにコピーをお願いします。

※ご自身の健診結果のコピーを確認し、下記検査項目結果があるかをお願いします。

(必須項目) 検査結果がすべてそろっていない場合は、受理できません。

- ・身体計測 身長 体重 BMI 腹囲
- ・血圧 血圧
- ・血液検査 AST (GOT) ALP (GPT) γ -GT (γ -GTP) 中性脂肪 HDL コレステロール
LDL コレステロール 血糖またはHbA1c
- ・尿検査 尿検査(糖) 尿検査(蛋白)

○ 提出方法

保険年金課あてに郵送 または直接窓口(本庁③窓口)に持参してください

(郵送先) 〒583-8585 羽曳野市誉田4丁目1番1号
羽曳野市保険年金課 保健事業担当 宛

保険年金課確認欄

被保番号 _____ 受診券番号 _____

- ・健診受診時国保資格 (あり ・ なし)
- ・検査項目 (不足なし ・ 不足あり)
- ・結果入力 (年 月 日)

受付印