

事業主健診等の結果 提供同意書

令和7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7年4月1日～令和8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8年3月31日現在の年齢が40～74歳であること
(昭和26年4月1日～昭和61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

ふり 氏 名		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

1. この用紙(事業主健診等の結果 提供同意書)
2. 未使用の羽曳野市特定健康診査受診券(さくら色) ※受診券裏面の質問票もご記入ください
3. 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