検　査　報　告　書

群馬県医師国民健康保険組合

被保険者 記号番号	群医　－　－　（枝番）	受診者 氏　名	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（満　　歳）		
検査年月日	令和　　年　　月　　日	組合員 氏　名	

検査項目	① 問診（既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴の調査） ② 自覚症状及び他覚症状の有無 ③ 身長・体重・腹囲・視力及び聴力 ④ 胸部エックス線 ⑤ 血圧 ⑥ 貧血（赤血球数・血色素量） ⑦ 肝機能（ＧＯＴ・ＧＰＴ・γ－ＧＴＰ） ⑧ 血中脂質（ＨＤＬコレステロール・ＬＤＬコレステロール・血清トリグリセライド） ⑨ 血糖（空腹時血糖或いはヘモグロビンＡ１c） ⑩ 尿中の糖及び蛋白の有無 ⑪ 心電図 ※　実施した検査項目に◯印を付けて下さい。

検査結果

健　康　・　要精検　・　要加療

上記のとおり報告（請求）いたします。

令和　　年　　月　　日

健診実施医療機関名

医　師　氏　名

実施医療機関 又は組合員の 振　込　先	群馬県医師信用組合　　普通預金口座番号 （フリガナ） 預金名義人

注：複数の従業員がいる医療機関は、一括して検査報告書を提出してください。
なお、振込先口座名は１枚目に記入すれば２枚目以降は記入不要です。
実施期間は４月から９月末日まで、提出期限は１０月末日までとなります。

HP