

検査報告書

群馬県医師国民健康保険組合

被保険者証 記号番号	群医 ー ー (枝番)	受診者名 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	組合員名 氏名	
検査 項目	① 問診 (既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴の調査) ⑦ 肝機能 (GOT・GPT・ γ -GTP)		
	② 自覚症状及び他覚症状の有無 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)		
目	③ 身長・体重・腹囲・視力及び聴力		
	④ 胸部エックス線 ⑨ 血糖 (空腹時血糖或いはヘモグロビンA1c)		
	⑤ 血圧 ⑩ 尿中の糖及び蛋白の有無		
	⑥ 貧血 (赤血球数・血色素量) 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。