

# 【記入例】

## 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1-5010-21(枝番)00	受診者名 氏名	国保 春子
生年月日	昭和 平成 12年 6月 1日 (満 20歳)		
検査年月日	令和 3年 4月 1日	組合員名 氏名	国保 太郎
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      ⑨ 血糖 (空腹時血糖或いはヘモグロビンA1c)		
	④ 胸部エックス線      ⑩ 尿中の糖及び蛋白の有無		
	⑤ 血圧      ⑪ 心電図		
	⑥ 貧血 (赤血球数・血色素量)		
	※ 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 3年 4月 ●日			
健診実施医療機関名 □□□クリニック			
医師氏名 組合 太郎			
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	0001234
	検査を行った医療機関 または 組合員(従業員の所属先)	(フリガナ)	コクホ タロウ 預金名義人 国保 太郎

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。