

40歳以上被扶養者_勤務先健診結果送付時確認・添付用紙

【特定健診基本項目】
既往歴（服薬歴、喫煙習慣を含む）
自覚症状（理学的所見）
身長・体重・腹囲・BMI
血圧
肝機能（AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP))
脂質（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは Non HDL コレステロール）
血糖（空腹時血糖または HbA1c）
尿糖・尿蛋白

確認してチェックしてください

- 上記項目が全て含まれている
- 質問票を記入した
- 他の健診（人間ドック含）を受診していない

【提出先】 健診結果コピー・質問票(別添)・この用紙を以下のいずれかの方法でお送りください

被保険者経由 (社内便)	シチズン東京事業所 南3-3F シチズン健康保険組合
郵 送	〒188-8511 東京都西東京市田無町 6-1-12 シチズン健康保険組合 菅野 宛

【受診者情報】

住所は QUO カード送付先をご記入ください

フリガナ		保険証		保険証	
氏 名	Ⓜ	記号		番号	
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 ー				
電話番号					