

※実施報告書は実施後できるだけ速やかに(翌年度6月中までには必ず)提出するようにしてください。
 できない場合は健康保険組合に連絡してください。支払は「10日受付分までを20日払」となります。

年 月 日

ヤンマー健康保険組合 理事長殿

人間ドック 実施報告書

事業所 名称

代表者

担当者(部署・担当者名) :

項 目	内 容
1. 健診項目 *1-8 特定健診(法律 によって国に報告が必要 な健診) 必須項目 /9-19 主な人間ドッ ク追加項目	1. 問診(服薬歴、喫煙歴等) 2. 診察 3. 身長・体重・腹囲 4. 血圧 5. 血中脂質 (中性脂肪・HDL-cho・LDL-cho) 6. 肝機能(GOT・GPT・γ-GPT) 7. 血糖(空腹時血糖 もしくはHbA1c) 8. 尿(糖・蛋白) /9. 一般血液検査(血色素量・赤血球数/ 白血球数・ヘマトクリット・血小板) 10. 心電図 11. 視力・聴力・眼底・眼圧 12. 胸部X線撮影 13. 胃部X線撮影・胃カメラ 14. 腎機能(尿素窒素・クレアチニン) 15. 尿酸・血清アミラーゼ・ALP 16. 便潜血 17. 尿(潜血・沈渣等) 18. 腹部超音波 19. 肺活量 20. その他()
*右記説明のとおり 記入して下さい	・上記1~19すべての項目を実施しました→ はい ・ いいえ ・1~19の一部の項目を実施した場合は、項目番号に○印をしてください ・1~19以外の項目を実施した場合は、20に記入してください
2. 実施年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
3. 健診機関名 (複数可)	
4. 今回補助請求 者数	人間ドック: 男()名 ・ 女()名 ・ 計()名 乳癌検診: ()名 ・ 子宮頸癌検診: ()名 ※40・45・50・55・60才について報告してください。それ以外については、 「生活習慣病健診 実施報告書」にて報告をお願いいたします。
5. 人間ドック健診 結果表又は結果デ ータの添付人数	添付人数: ()名分 / CD-R・紙コピー* ・ 両方 *紙コピーの場合「既往歴・自覚症状・他覚症状(問診)・服薬(血圧)・ 服薬(血糖)・服薬(脂質)・喫煙」が掲載してある結果が必要です。 ※個人情報、厳重な管理を行います。又、目的外の使用はいたしません。
6. 健診費用	別紙の通り

事業所窓口連絡欄(補足等記入欄)

海外・出向者・関係会社・事業会社

常務理事	事務長	担当者

受付印

NO.