

# 特定健診詳細項目受診者名簿兼請求書

※健診実施後、この請求書にご記入・押印の上、特定健診の結果表を添付して当組合へご郵送下さい。  
(受診者が10名を超える場合は、別途この請求書のエクセルデータをメール送信して下さい)

\* 太線枠内のみご記入ください。

合計請求額	円
-------	---

事業所記号:	請求書作成日: 年 月 日
社名:	
代表者名:	
住所/TEL:	

※下記記載の個人情報については事業の実施に必要な目的以外には利用いたしません。

連番	承認 月日	承認 番号	被保険者 番号	被保険者氏名 (受診者氏名)	利用者 生年月日	利用 年月日	健診機関名	請求金額 (問診・ヘマトクリット・眼底・HbA1c※ 費用)
1				昭		令		円
2				昭		令		円
3				昭		令		円
4				昭		令		円
5				昭		令		円
6				昭		令		円
7				昭		令		円
8				昭		令		円
9				昭		令		円
10				昭		令		円
11				昭		令		円
12				昭		令		円
13				昭		令		円
14				昭		令		円
15				昭		令		円
16				昭		令		円
17				昭		令		円
18				昭		令		円
19				昭		令		円
20				昭		令		円

※HbA1cについては、空腹時血糖ができない場合(食事を食べて受診の場合)のみ

MBK連合健康保険組合