

特定健康診査 実施報告明細表

健診機関コード	3	9								
医療機関名										
問合せ連絡先	TEL (            )            -									
健診形態	個別      ・      集団(施設型) ※どちらかに○をつけて下さい									

下記の者につき、特定健康診査等を実施しましたので、受診券及び問診票、結果入力票を添えて報告します。

※追加項目(血清クレアチニン・血清尿酸)は実施できません。

No	受診者氏名	保険者番号	自己負担 徴収済み額	詳細項目			
				貧血検査	クレアチニン	心電図	眼底検査
1			円				
2			円				
3			円				
4			円				
5			円				
6			円				
7			円				
8			円				
9			円				
10			円				
11			円				
12			円				
13			円				
14			円				
15			円				
16			円				
17			円				
18			円				
19			円				
20			円				