

※自医療機関で健診を行い、情報提供いただける方は、『健診データ情報提供料支給請求書』と『特定健診データ提供用記録票』を医師国保組合へお送りください。

健診データ情報提供料支給請求書

年 月 日

鳥取県医師国民健康保険組合
理事長 殿

〒

住 所 _____

医 療 機 関 名 _____

医師組合員氏名 _____

下記の者の健診データを送付し、情報提供料を請求いたします。

請求額 3,000 円 × 名 = 円

※以下、必ずご記載をお願いします。

被保険者番号	氏 名	健 診 日	健診を行った医療機関
鳥医国保		年 月 日	
鳥医国保		年 月 日	
鳥医国保		年 月 日	
鳥医国保		年 月 日	
鳥医国保		年 月 日	
鳥医国保		年 月 日	

※振込先を以下へご記入ください。

銀行 信用金庫		支店 出張所
口座の種類 ※該当に○をしてください。	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

鳥取県医師国民健康保険組合 特定健診データ提供用記録票

Header information form including insurance number (00313015), patient name, address, and examination date (February 28).

Table of examination results (検査結果) with columns for item (項目), this time's result (今回の受診結果), and reference values (保健指導判定値, 受診勧奨判定値).

Table of detailed examination items (詳細な健診項目) including hematology (貧血検査), clinical chemistry (生化学検査), and other tests (その他).

Form for physician's judgment (医師の判断) including symptoms (他覚症状), metabolic syndrome (メタボリックシンドローム判定), and specific health guidance level (特定保健指導レベル).

Table for financial information (決済情報) including basic health check (①基本健診), detailed health check (②詳細健診), and outlet burden (窓口負担).

問診 (太枠中をご記入ください) * 複写のためしっかりとご記入ください。

Large questionnaire form for medical history and symptoms (問診) with multiple-choice options (e.g., ①はい, ②いいえ).

Footnote section containing three notes (*注1) regarding cholesterol and blood sugar measurement procedures.

必須回答 (Mandatory Answer)