

受付年月日	
QUOカード送付日	
健診結果処理日	

常務理事	事務長	担当者

日本トランスシティ健康保険組合 御中

健診結果(コピー)を添付の上、下記の通り報告します。

提出日 年 月 日

## 健 診 結 果 報 告 書

健康保険被保険者証		事業所	名 称		
記号	番号		本 社 所在地	〒 ー	
被 保 険 者 氏 名		フリガナ			
健 診 受 診 者 氏 名		フリガナ			続 柄
		年 月 日生 歳			
受 診 した 医 療 機 関 名					
診 察 医 師 名					
健 診 受 診 日		年 月 日			
※健診結果に右の項目がない 場合のみ、記入して下さい。		➡	身 長	cm	
			体 重	kg	
			腹 囲	cm	

健診結果をご提供いただいたお礼としてQUOカードを進呈いたします。送付を希望される住所、連絡先を記入して下さい

〒 ー
連 絡 先(携 帯 電 話 等) ( ) ー

◆この報告書に記載された個人情報については、国への特定健診結果報告に関する事務においてのみ使用いたします。