

【裏面】

常務理事	事務長	担当

特定健診結果の提供に係るクオカード申請書

大阪菓子健康保険組合 理事長 様

被保険者の記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名				
事業所名				
受診者氏名			続柄	
			年齢	
受診機関名				
健診受診年月日				
問診票	1. 現在、A～Cの薬の使用の有無		○で囲んでください	
	A 血圧を下げる薬		はい	いいえ
	B インスリン注射又は血糖を下げる薬		はい	いいえ
	C コレステロールを下げる薬		はい	いいえ
	2. 現在、タバコを習慣的に吸っている		はい	いいえ
3. 既往歴について	ない			
	ある	()	
4. 自覚症状について	ない			
	ある	()	

私は、対象者①～④の全ての項目を満たしており、健診項目についても確認しましたので、上記のとおり健診結果（コピー）を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒

被保険者住所

被保険者氏名

被保険者電話番号

健康保険組合記入欄	
申請条件確認	該当 不該当
クオカード送付	令和 年 月 日
備考	

受付日付印