

5. 4. 3. 2. 1.

金額はアラビア数字で記入してください。※首標金額の訂正は認めません。  
 金額の頭部に¥印を表示してください。  
 振込先に金融機関の名称（銀行等名称・支店名）、口座番号、口座名義を記入し、普通預金・当座預金のいずれかを○で囲んでください。  
 消費税額は、右の請求金額に110分の10を乗じて得た額とする。ただし、消費税額に1円未満の端数が生じた場合には、これを四捨五入した額とする。  
 適格請求書発行事業者でない場合は、消費税額・登録番号の記載は不要です。また併せて、当該請求書の余白に「インボイス非該当」と記載してください。

# 請求書



全国健康保険協会

千葉支部長 殿

別紙請求内訳書のとおり、下記金額を請求いたします。

記

実施年月日(取引年月日) 年 月 日 ~ 年 月 日分

金額 (税込10%)	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

(上記金額のうち、消費税額 円)

振込先	金融機関の名称	銀行等名称							
		金融機関コード							
		支店名							
		支店コード							
口座番号									
口座の種類	普通預金		・	当座預金					
口座名義	フリガナ								

「金融機関の名称」には、「〇〇銀行〇〇支店」又は「〇〇金庫〇〇支店」等と略称を用いず記入すること。ゆうちょ銀行の場合には、銀行等名称欄に「ゆうちょ銀行」と記入し、支店名は省略、支店番号欄に郵便貯金通帳の記号を店番に変換した数字を記入すること。

年 月 日

登録番号 ( )

所在地

名称

代表者氏名



特定保健指導における血液検査等検査 請求内訳書 兼 実施状況報告書

( 年 月分)  
 自 年 月 日  
 至 年 月 日

【実施機関名 \_\_\_\_\_】

整理番号 (※1)	健康保険被保険者証		氏名	性別	生年月日	検査実施年月日	医師所見(※2)	備考
	記号	番号						
				男・女	S . .	R . .		
				男・女	S . .	R . .		
				男・女	S . .	R . .		
				男・女	S . .	R . .		
				男・女	S . .	R . .		
				男・女	S . .	R . .		
							合計件数	合計金額(税込)

(※1) 検査受付票兼検査結果票上の整理番号を記載してください。

(※2) 所見がある場合は記載してください。

全国健康保険協会管掌健康保険  
被保険者に対する特定保健指導における血液検査等検査

〒

## 検査受付票 兼 検査結果票

(検査対象者住所)

整理番号

発行元

(フリガナ)

(検査対象者氏名) 様

〒260-8645  
千葉県千葉市部中央区新町3-13  
日本生命駅前ビル2階  
全国健康保険協会千葉支部  
保健グループ  
TEL 043-382-8313

保険者番号	記号 - 番号	性別	生年月日	事業所名

身体検査	項目	検査結果		参考基準値
		(R)	年月日	
	身長・体重	cm	kg	
	BMI・標準体重	kg/m <sup>2</sup>	kg	BMI: 18.5~25未満(標準は22)
	腹囲		cm	男性: 85cm未満 女性: 90cm未満
血圧	最高血圧(収縮期)		mmHg	130mmHg未満
	最低血圧(拡張期)		mmHg	85mmHg未満
脂質	総コレステロール		mg/dl	140~199mg/dl
	中性脂肪		mg/dl	150mg/dl未満
	HDLコレステロール		mg/dl	40mg/dl以上
	LDLコレステロール		mg/dl	120mg/dl未満
肝機能	GOT(AST)		U/l	31U/l未満
	GPT(ALT)		U/l	31U/l未満
	γ-GTP(γ-GT)		U/l	51U/l未満
代謝	血糖(空腹時)		mg/dl	100mg/dl未満
	ヘモグロビンA1C		%	5.6%未満(NGSP値)
	尿糖(半定量)	( )	( )	( - )
尿	尿蛋白(半定量)	( )	( )	( - )

検査機関名称	予約年月日

検査機関所在地	検査機関TEL

## ◆検査を受ける方へ

- 当日は、保険証とこの用紙(検査受付票兼検査結果票)を必ず持参してください。
- この検査結果は、受診者自身の今後の検診・治療および保健師による保健指導を受けるとき、ならびに特定の個人が識別されることのない方法で統計・調査研究を実施する時に限り使われます。

## ◆検査機関様へ

この用紙は、協会けんぽへの請求時に使用することとし、ご本人様への検査結果通知には使用しないでください。

## 特定保健指導における血液検査等検査 申込書

全国健康保険協会千葉支部 御中

以下のとおり、「特定保健指導における血液検査等検査」を申し込みます。

申込者氏名 \_\_\_\_\_

1	保険証記号番号	記号 <span style="float: right;">番号</span>
2	お勤め先名称	
3	氏名	
4	性別	男 <span style="margin-left: 100px;">女</span>
5	生年月日	昭和 <span style="margin-left: 20px;">年</span> <span style="margin-left: 20px;">月</span> <span style="margin-left: 20px;">日</span> ( <span style="margin-left: 20px;">才</span> )
6	ご住所	〒 <span style="margin-left: 20px;">-</span>
7	電話番号	- <span style="margin-left: 100px;">-</span>
8	検査結果通知等の送付先 ①	<input type="checkbox"/> ご自宅(6に記載いただいたご住所にお送りします) <input type="checkbox"/> その他
9	検査結果通知等の送付先 ②	※8で「その他」を選択した場合には、こちらに送付先住所をご記入ください。
10	ご予約の検査実施機関名	
11	ご予約の日時	年 <span style="margin-left: 40px;">月</span> <span style="margin-left: 40px;">日</span>

※必ず検査を受けるご本人が記入してください。  
 ※この申込書に記入いただいた内容は、当該検査に係る事務手続き及びご利用いただいている特定保健指導においてのみ使用いたします。