

令和 年 月 日

全国健康保険協会 大阪支部長 殿

健診機関コード _____

健診機関名 _____

未実施報告書

令和 年 月請求分の未実施項目について報告いたします。

※未実施は『医師の判断によるもの』となります。

受診日	支部コード	記号	番号	未実施項目

未実施報告書が必要な項目		
空腹時血糖	AST (GOT)	ALT (GPT)
γ - GT (γ - GTP)	中性脂肪 (空腹時・随時)	HDLコレステロール
採血		