

パート先（自治体）での健診結果 提出確認票

以下の通り受診しましたので、提出いたします。

記入日 年 月 日

被保険者名

日中連絡先(電話)

記号—番号 —	続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	受診者名(フリガナ)	生年月日 (受診時年齢) 年 月 日 (歳)
検診機関名		受診日 年 月 日	
問診結果をご記入下さい			
①血圧を下げる薬を服用している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
②インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③コレステロールを下げる薬を服用している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④たばこを習慣的に吸っている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
確認・同意事項			
・ ご提出いただいた個人情報については、保険事業においてのみ使用します			
・ 40歳以上の被扶養者であって、パート先や自治体で健診を受診した方が対象です			
・ 年度内にコムシスホールディングス健康保険組合が補助する検診（人間ドック、基本健診、巡回レディース健診、一般健診）をご利用（予定）の方はご提出頂く必要はございません			

当確認票に添付する資料

当年度受診分の健診結果票（写し）

当提出確認票の送付先・お問い合わせ先

〒859-3290

早岐郵便局留め 東京都千代田区内神田一丁目 13 番 4 号

ウィーメックス株式会社 健康検診事業部

コムシスホールディングス健康保険組合 受付係

TEL:0120-507-066