コムシスホールディングス健康保険組合

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 □配偶者 □その他（　　）	受診者名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日（受診時年齢） 年　　月　　日 （　　歳）
検診機関名			受診日 年　　月　　日

問診結果をご記入ください	
①血圧を下げる薬を服用している	□はい　□　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	□はい　□　いいえ
③コレステロールを下げる薬を服用している	□はい　□　いいえ
④たばこを習慣的に吸っている	□はい　□　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）の方はご提出いただ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

〒859-3226
長崎県佐世保市崎岡町 3068-9
佐世保情報産業プラザ第 2 棟 2F
ウィーメックス株式会社
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