

二次検診（要再検査・要精密検査）報告書

- 受診者本人がご記入下さい。
- 二次検診受診後、費用請求をしない方も必ず本書面と検査結果のコピーを健康保険組合へご提出下さい。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	健康診断 実施日	令和	年	月	日
被保険者氏名				社員番号			
				所属部署			
二次検診 受診者氏名				被保険者との 続柄	本人・配偶者・()		
二次検診 受診医療機関名							

- 判定検査項目及び二次検診検査結果について教えて下さい。

要検査・要精密検査項目	A	B	C	D	E
	異常なし	心配なし (軽度異常あり)	要経過観察 か月後再検査	要精密検査 (予定される検査内容)	要治療 (内服等の治療開始日)
			か月後再検査		令和 年 月 日
			か月後再検査		令和 年 月 日
			か月後再検査		令和 年 月 日

- 検査結果について説明を受けた内容・食事や運動指導内容など（簡単で結構ですので必ずご記入下さい）

● 注意事項

- ① 医師から説明を受けた内容を判定検査項目及び二次検診検査結果欄にご記入下さい。その際、検査を受けた全ての項目について記入をお願いします。
- ② **医療機関からの診断書は不要**です。診断書を誤って取得した場合、その費用は自己負担となりますのでご注意下さい。
- ③ 医療機関より血液検査データなどの資料を受け取られた場合は、コピーを同封して下さい。年度1回 上限5,000円(税込)までの費用の実費額を補助します。
- ④ 別紙「二次検診 補助金請求書」と領収書を準備し、この報告書とともに提出して下さい。なお、医師の判断や自己の希望により、要検査項目の二次検診とは関係のない検査を実施された場合、その検査費用は補助金支給の対象外となります。

受付日付印

● 個人情報の取り扱いについて

在籍被保険者の「二次検診(要検査・要精密検査)該当検査項目及び結果報告書」の個人情報は、事業主(株式会社マルハン)とマルハン健康保険組合のコロナヘルス事業推進の覚書に則り共同利用致します。
 ○ 事業主：健康管理担当・保健師・産業医 ○ マルハン健康保険組合：保健事業担当・保健師・顧問医
 尚、当該個人情報につきまして上記以外の目的で本人の同意なく第三者に提供・開示することはございません。

マルハン健康保険組合