

## 【2025年度 健診結果の事業所控えについて】

【2025年度より、健診結果の事業所控えは有料となります】

法定健診のみ:1枚 330円(税込) すべての項目が記載されたもの:1枚 550円(税込)

事業所控えが必要な事業所様は、健康診断料金お支払い後【健診結果(事業所控え)の委任状】を  
広島共立病院健診センターまで郵送してください。

健康診断料金のお支払いの確認ができ次第(翌月10日以降)の郵送となりますのでご了承ください。

健診結果の事業所控えは、どちらをご希望ですか (〇で囲ってください)

法定健診のみ希望  
(別紙①参照)委任状に「お名前」  
「生年月日」「健診実  
施日」を記入してくだ  
さい。  
1枚:330円(税込)健診項目すべてを希望  
(別紙②参照)ご本人の印鑑またはサインが  
必ず必要です。  
委任状に「お名前」「生年月  
日」「健診実施日」「印鑑・  
サイン」を記入してください。  
1枚:550円(税込)

健診料金のお支払い方法(〇で囲ってください)

窓口で当日お支払い済み

会社請求

振り込み日: 年 月 日

★健診結果の事業所控えが必要な事業所様は下記の書類2枚を郵送してください★

書類① 【2025年度 健診結果の事業所控えについて】

書類② 【2025年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

※健診結果控えの請求書は、健診結果の事業所控えに同封させていただきます。

企業コード

〈事業所主〉

住所 〒

事業所名

電話番号

## 別紙①

## ※法定健診のみの控え

コース 協会けんぽ(一般・胃カメラ)  
所属 全国健康保険協会 広島支部  
団体 株式会社〇〇  
カルテ番号 9807025

## 健康診断結果報告書

氏名	共立 太郎	生年月日	昭和27年1月2日	健診年月日	令和5年4月2日
		性別	男	年齢	71 歳
業務歴		血 圧	(mmHg)	/	
既往歴		貧血検査	血色素量	(g/dl)	
			赤血球数	(万/mm <sup>3</sup> )	
自覚症状		肝機能検査	GOT	(IU/l)	
			GPT	(IU/l)	
			γ-GTP	(IU/l)	
他覚症状		血中脂質検査	LDLコレステロール	(mg/dl)	
			HDLコレステロール	(mg/dl)	
			トリグリセライド*	(mg/dl)	
身長(cm)		血糖検査	空腹時	(mg/dl)	
体重(kg)			随時		
BMI		HbA1c		(%)	
腹囲(cm)		尿検査	糖		
			蛋白		
視力	右	( )	心電図検査		
	左	( )			
聴力	右	1000Hz	備考		
		4000Hz			
	左	1000Hz			
		4000Hz			
	会話法				
胸部X線検査	直接	判定医		広島共立病院 中増 昭久 (印)	

## 備考

- 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。
- BMIは、次の算式により算出すること。BMI=体重(kg)/身長(m)<sup>2</sup>
- 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入すること。

