

事業主健診等結果提供書

(宛先) 秋田市長

提出日 年 月 日

対象者	住 所	秋田市		
	電話番号	※日中連絡が取れる番号		
	フリガナ		生年 月日	昭 平 年 月 日
	氏 名			

結果の提供にあたり、以下について確認し、チェック（□にレ点）をお願いします。

1 対象者（次の全てに当てはまるかた） -

- 令和7年4月1日から継続して秋田市国民健康保険に加入している。
- 年度末（令和8年3月31日時点）の年齢が、40歳以上74歳以下である。
- 今年度、秋田市の特定健康診査もしくは秋田市国保人間ドックを受診していない。

2 提出していただくもの（次のすべての書類が必要です。）

- 事業主健診等結果提供書（この用紙）
- 特定健康診査受診券（受診券裏面の質問票を必ず記入してください。）
- 健診結果の写し（以下の項目が記載されている部分が全て必要です。）

<input type="checkbox"/> 医療機関名	<input type="checkbox"/> 医師の名前	<input type="checkbox"/> 実施日	<input type="checkbox"/> 身長
<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 腹囲	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧	<input type="checkbox"/> 拡張期血圧
<input type="checkbox"/> AST (GOT)	<input type="checkbox"/> ALT (GPT)	<input type="checkbox"/> γ-GT (γ-GTP)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪
<input type="checkbox"/> HDL コレステロール	<input type="checkbox"/> LDL コレステロール	<input type="checkbox"/> 尿糖	<input type="checkbox"/> 尿蛋白
<input type="checkbox"/> 空腹時血糖	<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> 隨時血糖	←左記3つについてはいずれか一つで可

3 個人情報の取り扱いについて

以下、当課の個人情報の取り扱いについて、内容をご確認のうえ、同意欄へのチェックをお願いします。

【特定健診課の個人情報に関する取り扱いについて】

個人情報の取り扱いに当たり、「個人情報の保護に関する法律」および「秋田市個人情報の保護に関する法律施行条例」を遵守するとともに、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」などにも十分配慮します

- 上記、個人情報の取り扱いに関して内容を確認し、今回提供する情報を秋田市の保健事業に活用することに同意します。

収受印