神戸市職員共済組合　行

様式１

令和５年度　特定健康診査除外者報告書

下記理由に該当し、特定健康診査を受診しませんので報告します。　　令和　　年　　月　　日

記号		番号		組合員氏名	
除外者氏名			性　別	生年月日	続　柄
			男　・　女	昭和 平成　　年　　月　　日	
理由	・妊産婦　・海外在住　・長期入院（６か月以上）　・施設入所（６か月以上） 該当する理由に〇をつけて、海外住所・病院名・施設名をご記入ください。 （　　）				

※該当する方は、郵送、FAXまたは組合員様を通した庁内メールにてご提出ください。
FAX（078）322－6021

キリトリ

神戸市職員共済組合　行

様式２

私は、特定健康診査を受診する代わりに他の健診を受診しましたので、その結果を提出し、下記の通り問診事項を回答します。

記号-番号	ー
氏　　名	
記入日	

該当する項目に〇をつけて、必要事項をご記入ください。

		質　問　項　目	回　答
1～3		現在、aからcの薬の使用の有無 （医師の判断・治療のもとで服薬中のもの）	
	1	a.　血圧を下げる薬	①はい　　②いいえ
	2	b.　血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい　　②いいえ
	3	c.　コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい　　②いいえ
4		現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい　　②いいえ
5		既往歴（今までかかった特記すべき病気）	①あり（　　） ②なし
6		自覚症状	①あり（　　） ②なし

※郵送または組合員様を通した庁内メールにてご提出ください。