

令和 年度 特定健康診査除外（不該当）者報告書

※当該年度中において、40歳以上75歳未満の方が対象です。

※続柄、除外理由の口にチェックをしてください。

※対象者（該当者）がない場合、ご提出は不要です。

事業所記号： _____

事業所名称： _____

事業主名： _____

報告年月日： 令和 年 月 日

担当者名： _____

連絡先： _____

被 保 険 者 番 号	フリガナ		生年月日	続 柄	除外（不該当）理由
	氏	名			
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）
			昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 妊産婦（※妊産婦とは、妊娠中又は、出産後1年以内の女子をいう） <input type="checkbox"/> 病院又は診療所に6か月以上入院 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所又は入居（刑事施設、労役場、障害者支援・介護保険施設等）

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。また、個人情報の提出については、本人より同意を取っていることを報告します。