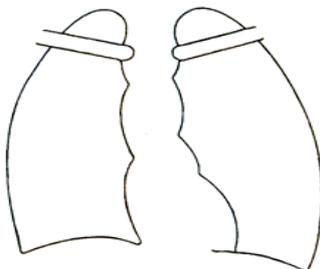


『提出用』

正組合員用結核検診個人票

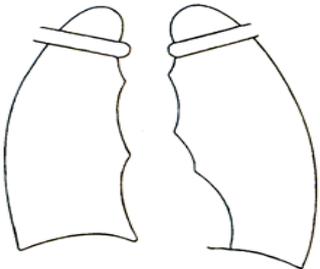
医師国保組合被保険者証番号	
正 組 合 員 氏 名	
胸部 X - P (大角) 1 . 直 接 撮 影	

<p>*総合判定は下記 () 所見のとおり。</p> <p>A. この検査の範囲では異常ありません。</p> <p>B. 二次検査を必要とします。</p>
令和 年 月 日 医療機関名 判定医師 氏名

- (注) 1. 74歳までの正組合員が対象です。
2. 健康診断内の追加健診項目とは別に受けた直接撮影です。
3. 総合判定は親族でない第三者の評価を受けてください。

『正組合員控』

正組合員用結核検診個人票

医師国保組合被保険者証番号	
正 組 合 員 氏 名	
胸部 X - P (大角) 1 . 直 接 撮 影	

<p>*総合判定は下記 () 所見のとおり。</p> <p>A. この検査の範囲では異常ありません。</p> <p>B. 二次検査を必要とします。</p>
令和 年 月 日
医療機関名 判定医師 氏名

- (注) 1. 74歳までの正組合員が対象です。
2. 健康診断内の追加健診項目とは別に受けた直接撮影です。
3. 総合判定は親族でない第三者の評価を受けてください。

令和6年度 静岡県医師国保組合 結核検診助成費請求書

結核検診助成費を請求します。(請求期限:令和7年4月30日組合必着)

令和 年 月 日提出 ()医師会	
医師国保組合 被保険者証番号	
正組合員氏名	

- (注) 1. 74歳までの正組合員が対象です。
2. この請求書には、結核検診個人票『提出用』を添付してください。
3. 郡市医師会へご提出ください。