

<鹿屋市CKD予防ネットワーク 経過報告書>

年 月分

腎臓診療医 氏名		所属医療機関名	
----------	--	---------	--

	健診の有無	登録医・かかりつけ医からの紹介の有無	被保険者証の記号・番号 <small>※生活保護の場合は受給者番号を記入</small>		性別	生年月日	保険の種類 <small>※下記の番号を選択 ※手書きの場合は記入不要</small>	保険者番号 <small>※手書きの場合は番号のみで可 ※生活保護の場合は公費負担者番号を記入</small>
			記号	番号				
記入例	有	有	〇〇〇〇〇	●●●●	男		①国民健康保険	鹿屋市国民健康保険 00460030
1	有・無	有・無			男・女			
2	有・無	有・無			男・女			
3	有・無	有・無			男・女			
4	有・無	有・無			男・女			
5	有・無	有・無			男・女			
6	有・無	有・無			男・女			
7	有・無	有・無			男・女			
8	有・無	有・無			男・女			
9	有・無	有・無			男・女			
10	有・無	有・無			男・女			

※ 保険の種類は下記を選択してください。

- ①国保 ②後期高齢 ③公費負担医療（生保） ④30歳代健診 ⑤協会健保 ⑥その他の健康保険組合

※ ご記入後は月毎にまとめて、病院健診請求の際にご提出頂くか、下記宛てにFAX又はメールで送信してください。なお、FAX等で送信される場合は、番号やアドレスをお間違いのないよう十分御注意ください。

〒893-0007 鹿屋市北田町11番6号 鹿屋市役所 健康増進課 TEL(直通)：0994-41-2110 FAX：0994-41-2117 メール：kenkou@city.kanoya.lg.jp
--