

検査機関所定の結果表がない場合のみ、この報告書を提出してください

## 骨密度検査 報告書

|              |          |      |                      |
|--------------|----------|------|----------------------|
| 受診者名         |          | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生<br>( 歳) |
| 受診日          | 令和 年 月 日 |      |                      |
| 検査方法         |          |      |                      |
| 記入日 令和 年 月 日 |          |      |                      |
| 検査機関名        |          | 医師名  | 印                    |

### 【検査機関の方へ】

※ 所定の結果表がない場合のみ、上記に記入捺印のうえ受診者へお渡しください。

### 【検査上の注意】

※ 受診した検査項目のすべてが費用補助の対象となるわけではありません。

詳しくは別紙「骨密度検査について」をご確認ください。

### 【お問合せ先】

SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ

TEL 03-3660-2791/2793/9162

受付印