

【国保受診券レイアウト(表)】

特定健康診査受診券							
2011年(平成23年)11月28日 交付							
受診券整理番号	1119999999						
氏名	コクホタロウ						
性別	男	生年月日	1970年(昭和45年)1月1日				
有効期限	2012年(平成24年)3月31日						
健診内容	実施	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額	
			負担額	同時実施負担額	負担率		
特定健診	基本項目	個別	○	1,000円	0円	—	—
		集団		—	—	—	—
	貧血	個別	△	0円	0円	—	—
		集団		—	—	—	—
	心電図	個別	△	0円	0円	—	—
		集団		—	—	—	—
	眼底	個別	△	0円		—	—
		集団		—		—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	○	0円	—	—
		生活機能検査	個別	△	0円	—	—
	追加健診	個別	△	0円		—	—
		集団		—		—	—
	人間ドック	個別		—		—	—
		集団		—		—	—

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します
 注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保険者等	所在地	福島県〇〇市町村							
	電話番号	9999-99-9999							
	番号	0	0	0	7	9	9	9	公印省略
	名称	〇〇市町村							

契約とりまとめ機関名	ド/日、予、結、病、総
支払代行機関番号 ※	90799024
支払代行機関名 ※	福島県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

・再発行した場合は、「特定健康診査受診券(再発行)」と表示してください。

・「受診券整理番号」は、特定健診等データ管理システムから出力された番号を使用してください。
 ・「氏名」は、カタカナで表示してください。

・「実施項目」について、「詳細項目」、「生活機能評価」、「追加健診」、「人間ドック」を選択した場合は、「△」で表示してください。
 ・「窓口の自己負担」及び「保険者負担上限額」は、実施する項目の負担額等を表示してください。

・保険者の情報を表示してください。
 ・公印省略とする場合は、「公印省略」を表示してください。

・「契約とりまとめ機関名」は、集合契約Aについて「ド/日、予、結、病、総」とだけ記載し、今後、集合契約B(代表契約)が締結されれば、順次各都道府県の健診実施とりまとめ機関名を追加し併記してください。
 ・「支払代行機関番号」は、「90799024」を表示してください。
 ・「支払代行機関名」は、「福島県国民健康保険団体連合会」を表示してください。

【国保受診券レイアウト(裏)】

〒999-9999	修正記入欄	〒 -
□□県△△市		
コクホタロウ 様		

・左側の四角に「発送先情報」として、「郵便番号」、「住所」、「氏名」を表示してください。

特定健康診査受診上の注意事項

1. 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。

・備考欄として自由に使用してください。

【後期受診券レイアウト(表)】

健康診査受診券								
2011年(平成23年)11月28日 交付								
受診券整理番号		11199999999						
氏名		コウキタロウ						
性別	男	生年月日	1935年(昭和10年) 1月 1日					
有効期限		2012年(平成24年) 3月31日						
健診内容	実施	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額		
			負担額	同時実施負担額	負担率			
健診	基本項目	個別	○	1,000円	0円	—	—	
		集団		—	—	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	0円	—	—
			集団		—	—	—	—
		心電図	個別	△	0円	0円	—	—
			集団		—	—	—	—
	眼底	個別	△	0円		—	—	
		集団		—		—	—	
健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	○	0円	—	—	
		生活機能検査	個別	△	0円	—	—	
	追加健診	個別	△	0円		—	—	
		集団		—		—	—	
	人間ドック	個別		—	—	—	—	
		集団		—	—	—	—	

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します
 注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払ください

保険者等	所在地	福島県〇〇市町村							
	電話番号	9999-99-9999							
	番号	3	9	0	7	9	9	9	公印省略
	名称	〇〇市町村							

契約とりまとめ機関名	ド/日、予、結、病、総
支払代行機関番号 ※	90799024
支払代行機関名 ※	福島県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

・再発行した場合は、「健康診査受診券(再発行)」と表示してください。

・「受診券整理番号」は、特定健診等データ管理システムから出力された番号を使用してください。
 ・「氏名」は、カタカナで表示してください。

・「実施項目」について、「詳細項目」、「生活機能評価」、「追加健診」、「人間ドック」を選択した場合は、「△」で表示してください。
 ・「窓口の自己負担」及び「保険者負担上限額」は、実施する項目の負担額等を表示してください。

・保険者の情報を表示してください。
 ・公印省略とする場合は、「公印省略」を表示してください。

・「契約とりまとめ機関名」は、集合契約Aについて「ド/日、予、結、病、総」とだけ記載し、今後、集合契約B(代表契約)が締結されれば、順次各都道府県の健診実施とりまとめ機関名を追加し併記してください。
 ・「支払代行機関番号」は、「90799024」を表示してください。
 ・「支払代行機関名」は、「福島県国民健康保険団体連合

【後期受診券レイアウト(裏)】

〒999-9999	修正記入欄	〒 -
□□県△△市		
コウキタロウ 様		

・左側の四角に「発送先情報」として、「郵便番号」、「住所」、「氏名」を表示してください。

健康診査受診上の注意事項

1. 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。
(健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用する受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しく下さい。

・備考欄として自由に使用してください。

【国保利用券レイアウト(表)】

特定保健指導利用券

2011年（平成23年）11月28日交付

利用券整理番号	11299999999
受診券整理番号	11199999999
氏名	コクホタロウ
性別	男
生年月日	1970年（昭和45年） 1月 1日

有効期限	2012年（平成24年） 3月31日
------	--------------------

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担 上限額
	負担額	負担率	
積極的支援	0円	—	—

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保 険 者 等	所在地	福島県〇〇市町村							
	電話番号	9999-99-9999							
	番号	0	0	0	7	9	9	9	9
	名称	〇〇市町村							

公印省略

契約とりまとめ機関名	ド／日、予、結、病、総
支払代行機関番号※	90799024
支払代行機関名※	福島県国民健康保険団体連合会

※実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

・再発行した場合は、「特定保健指導利用券(再発行)」と表示してください。

・「利用券整理番号」、「受診券整理番号」は、特定健診等データ管理システムから出力された番号を使用してください。
・「氏名」は、カタカナで表示してください。

・「特定保健指導区分」は、本人の階層化結果に合った区分を表示してください。
・「窓口の自己負担」及び「保険者負担上限額」は、該当する負担額等を表示してください。

・保険者の情報を表示してください。
・公印省略とする場合は、「公印省略」を表示してください。

・「契約とりまとめ機関名」は、集合契約Aについて「ド／日、予、結、病、総」とだけ記載し、今後、集合契約B(代表契約)が締結されれば、順次各都道府県の健診実施とりまとめ機関名を追加し併記してください。
・「支払代行機関番号」は、「90799024」を表示してください。
・「支払代行機関名」は、「福島県国民健康保険団体連合会」を表示してください。

【国保利用券レイアウト(裏)】

〒999-9999
□□県△△市

コクホタロウ 様

・「発送先情報」として、「郵便番号」、「住所」、「氏名」を表示してください。

特定保健指導利用上の注意事項

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。
2. 医療機関を受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、利用願います。
6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、利用願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用するの利用はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。

・備考欄として自由に使用してください。