特定健康診査受診券

											年	(平成	年)	月	日交	を付
受	受診券整	理番号														
A																
	生別				生	年月日			年(昭和	年)	月日				
有	可効期限			年	(平原	成 年)	月	日								
			+	/ ±+/ -				7°E ⊢	マの白 こ	7 4 10				<i>f</i> □ <i>n</i> /	土土。	ТП
	健診内	羽容	実施	実施項目		負担額	耳		1の自己 実施負		負	負担率		1末19 上	食者負 上限額	担
	基本	以 項目	個別				円			円		_			_	
	<i>∠</i> 1	····	集団				円			円		_			_	
	_	貧血	個別	_ 			円			円		_				
特定健		貝皿	集団	 			円			円						
健診	詳 細	2. 垂网	個別				円			円		_			_	
	項目	心電図	集団				円			円		_			_	
		明读	個別						円			_			_	
		眼底	集団						円			_				
واسلم	生	生活機能	個別				_	_				_			_	
特定	活機	チェック	集団				_	_				_			_	
健診以	!機能評価	生活機能	個別					_				_			_	
以外の	іші	検査	集団				_	_				_				
項目	冷山	h++=/人	個別						円			_			_	
H	担か	1健診	集団						円			_				
	1 日日 1	. <i>I</i> a	個別				_	_				_			_	
	人間ド	ツク	集団				_	_				_			_	
注) 注)		基本項目 能評価を													ν	
		在 地														
保	だ1 1	土 地														
) 険者等	電記	括番号												!		
等	番	号	0		0	0	7									
	名	称		•						•	•					
\equiv													<u> </u>	·		
	[!] 約とり	まとめ機	関名													
支	5払代行	機関番号	*		90	799024										
支	え払代行:	機関名	<u></u>		福	島県国民		· 译保険	 :団体連	直合会						

※ 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

〒 -	
	修正
	記入
様	欄

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ください。

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	1119999	99999		
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	各和好	窓口の自己負担 同時実施負担額	各和录	保険者負担 上限額
П			個別	項目	負担額 1,000円	问时夫施貝担領 0円	負担率	上限領
	基本	項目			1,000/1	011		
			集団		_	_	_	_
		貧血	個別	Δ	0円	0円	_	_
特定健		II K	集団		ı	ı	-	_
健診	詳細項目	心電図	個別	\triangle	0円	0円	-	_
	項 目	心电囚	集団		1	1	-	_
		眼底	個別	Δ		0円	-	_
		IIX.AS	集団				ı	_
det-	生活	生活機能	個別	0		0円	_	_
特定健診	機能	チェック	集団				ı	_
能以	評価	生活機能	個別	Δ		0円	-	_
外の	IJAA	検査	集団				-	_
項目	2é fir	健診	個別	Δ		0円	_	_
I	坦州	10年10夕	集団					_
	人間ド	ω, <i>1</i> 7	個別					_
	八间下	<i>)</i> /	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

	所名	r 44	福島県	○○市	叮村						
保	771 1:	E JE									
険者等	電話	番号	9999-	99-9999							
等	番	号	0	0	0	7	9	9	9	9	公印省略
	名	称	FO0	可时村							

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
** 内状般用のごをよっ同りま/	、 人 の 型 口 「 力 払っ = まっ ま き ~ ノ ♪ ・ ♪ 、

※ 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については「ドン日 予、結、病、総」と記載し、今後、集合契約B(代表契約)が 締結されれば、順次「〇〇(該当都道府県名)集合B」と併記 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 記載例(裏)】

□□県△△市 コクホタロウ 様	〒 - 修正記入欄
特定健康診査受診 ・上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を	
(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、受診券と被係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がは、特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して近必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ごうする追加項目、その他(人間ドック)健診について	内に受診してください。 通知するとともに、保険者等において保存し、 了承の上、受診願います。また、この券で受診
5 健診社里のデータファイルは 決済代行機関で占	京検されることがある他、国への実施結果報告 ご了承の上、受診願います。

・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。

・備考欄として自由に使用してください。