

受診券の様式

(表面)

案 特定健康診査受診券

20XX年 月 日交付

受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○○

受診者の氏名 (※カタカナ表記)
性別
生年月日 (※和暦表記)

有効期限 20XX年 月 日

健診内容
・ 特定健康診査
・ その他 ()

窓口での自己負担

特定健診(基本部分)	負担額又は負担率
特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率
その他(追加項目)	負担額又は負担率
その他(人間ドック)	負担額又は負担率 保険者負担上乗額

保険者所在地
保険者電話番号
保険者番号・名称

印

契約とりまとめ機関名
支払代行機関番号
支払代行機関名

(裏面)

注意事項

- この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄に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。)
- 特定健康診査を受診するときには、この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。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 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。
- 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。
- 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
- 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。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

住所

利用券の様式

(表面)

案 特定保健指導利用券

20XX年 月 日交付

利用券整理番号 ○○○○○○○○○○○○

特定健康診査受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○○

受診者の氏名 (※カタカナ表記)
性別
生年月日 (※和暦表記)

有効期限 20XX年 月 日

特定保健指導区分
・ 動機付け支援
・ 積極的支援

窓口での自己負担

負担額又は負担率	
保険者負担上乗額	

(原則、特定保健指導開始時に全額徴収)

保険者所在地
保険者電話番号
保険者番号・名称

印

契約とりまとめ機関名
支払代行機関番号
支払代行機関名

(裏面)

注意事項

- 特定保健指導を利用するときには、この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。
- 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。
- 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してください。
- 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。
- 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、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、受診願います。
- 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、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
- 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があります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。