

特定健康診査受診券

年（平成 年） 月 日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	年（昭和 年） 月 日
有効期限	年（平成 年） 月 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	円	—	—	—	
		集団	円	—	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	円	—	—	—
			集団	円	—	—	—
		心電図	個別	円	—	—	—
			集団	円	—	—	—
	眼底	個別	円		—	—	
		集団	円		—	—	
	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	—	—	—
			生活機能検査	個別	—	—	—
追加健診		個別	—	—	—	—	
		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							
	電話番号							
	番 号							
	名 称							

契約とりまとめ機関名	ド/日、予、結、病、総
支払代行機関番号 ※	90399023
支払代行機関名 ※	岩手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

<p>〒 -</p> <p style="text-align: center;">様</p>	<p>修正記入欄</p>	<p>〒 -</p>
---	--------------	------------

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. 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。
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。
7. 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。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

健康診査受診券

年（平成 年） 月 日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	年（ 年） 月 日
有効期限	年（平成 年） 月 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	円	—	—	—	
		集団	円	—	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	円	—	—	—
			集団	円	—	—	—
		心電図	個別	円	—	—	—
			集団	円	—	—	—
	眼底	個別	円		—	—	
		集団	円		—	—	
	健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	—
			生活機能検査	個別	—	—	—
追加健診		個別	—	—	—	—	
		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						
	電話番号						
	番 号						
	名 称						

契約とりまとめ機関名	ド/日、予、結、病、総
支払代行機関番号 ※	90399023
支払代行機関名 ※	岩手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

<p>〒 -</p> <p style="text-align: center;">様</p>	<p>修正記入欄</p>	<p>〒 -</p>
---	--------------	------------

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. 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。
7. 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。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

--

--

特定保健指導利用券

年（平成 年） 月 日交付

利用券整理番号	
受診券整理番号	
氏名	
性別	
生年月日	年（昭和 年） 月 日

有効期限	年（平成 年） 月 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	
	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							
	電話番号							
	番 号							
	名 称							

契約とりまとめ機関名	ド/日、予、結、病、総
支払代行機関番号※	90399023
支払代行機関名※	岩手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

〒 -

様

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. 医療機関に受診中の場合、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、この券を使用して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。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。