

# ○特定保健指導利用券（積極的支援の場合）

<p>郵便はがき</p> <p>□□□□□□</p> <p>料金後納郵便</p>	<p>特定保健指導利用券</p> <p>2013年 ●月 ●日交付</p> <p>利用券整理番号 13113000015</p> <p>特定健康診査受診券整理番号 13113000001</p> <p>被保険者証の記号及び番号 11010203 123456</p> <p>被扶養者番号 2</p> <p>※費用請求の処理のため、受診者のカナ氏名が必要となりますので、特定保健指導の受付の際、被保険者証記載のカナ氏名をこの利用券の余白部分等に記録しておいて下さい。</p>	<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 特定保健指導を受診するときには、この券及び被保険者証並びに健診結果通知を保健指導機関の窓口へ提出して下さい。</li><li>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下さい。</li><li>3 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下さい。</li><li>4 窓口での自己負担額は、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。</li><li>5 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。</li><li>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、受診願います。</li><li>7 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下さい。</li><li>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。</li><li>9 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けて下さい。</li></ol>							
	<p>受診者の氏名 協会 花子</p> <p>性別 女</p> <p>生年月日 昭和●年●月●日</p> <p>有効期限 2014年3月31日</p> <p>特定保健指導区分 積極的支援</p> <p>医療保険者の負担</p> <table border="1"><tr><td>負担額又は負担率</td><td></td></tr><tr><td>保険者負担上限額</td><td>保険者負担上限額 23,100円</td></tr></table> <p>(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)</p> <p>保険者所在地</p> <p>保険者電話番号 ※この電話番号は利用券に関する問い合わせ先の番号となります。</p> <p>保険者番号・名称</p> <table border="1"><tr><td>□□□□□□□□</td><td>協会印の印影 (11mm×11mm)</td></tr><tr><td>全国健康保険協会 (協会けんぽ●支部)</td><td></td></tr></table> <p>契約取りまとめ機関名 集合B 協会集合A 個別契約</p> <p>支払代行機関番号 94899010</p> <p>支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金</p>	負担額又は負担率		保険者負担上限額	保険者負担上限額 23,100円	□□□□□□□□	協会印の印影 (11mm×11mm)	全国健康保険協会 (協会けんぽ●支部)	
負担額又は負担率									
保険者負担上限額	保険者負担上限額 23,100円								
□□□□□□□□	協会印の印影 (11mm×11mm)								
全国健康保険協会 (協会けんぽ●支部)									