

# ○特定健診受診券（事業所発送用）

## 特定健診受診券

平成29年度

被扶養者氏名  
(受診対象者) 協会 花子 様

被保険者氏名 協会 太郎 様

被保険者証の  
記号・番号 記号 11010203 番号 123456

事業所名称 ●●● 株式会社 様

この券は、**特定健診**を受ける際に必要となるものです。

- 多くの方がこの健診を受診することにより、将来の**健康保険料の上昇を抑制**することにつながります。
- **協会けんぽの加入者(ご家族)でなくなった場合は、この受診券をお使いいただけませんのでご注意ください。**
- 受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認ください。
- 特定健診を受診していただく際は、事前に健診機関へご予約のうえ受診されるようお願いいたします。
- この受診券が使用できる健診機関などの特定健診に関する情報は、協会けんぽホームページに掲載していますのでご参照ください。

※ 健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の額 (※1)	-	保険者負担額 (※2)	=	自己負担額 (※3)
----------------	---	----------------	---	---------------

- ※1 健診の予約をする前に健診機関にお問い合わせ下さい。
- ※2 この受診券に記載しています。
- ※3 窓口での自己負担額が「0円」以下の場合は、自己負担額は0円となります。

矢印の部分からゆっくりはがして中をご覧ください。

## 特定健康診査受診券

2017年 ●月 ●日 交付

受診券整理番号 151130000001

被保険者証の記号及び番号 記号11010203 番号123456

被扶養者番号 02

※費用請求の処理のため、あなたのお名前にフリガナを書き込んでください。

受診者の氏名 協会 花子  
性別 女  
生年月日 昭和●年●月●日  
有効期限 2018年3月31日  
健診内容 ・ 特定健康診査

医療保険者の負担

特定健診（基本部分）

特定健診（詳細部分）

保険者所在地

保険者電話番号

※この電話番号は受診券に関する問い合わせ先の番号となります。

保険者番号・名称

全国健康保険協会  
(協会けんぽ●●支部)

協会印の  
印影  
(11mm\*11mm)

契約取りまとめ機関名

集合B 協会集合A 個別契約

支払代行機関番号  
支払代行機関名

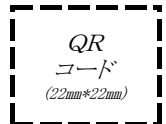
94899010  
社会保険診療報酬支払基金

## 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(居所可)の住所を自署して下さい。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入して下さい。
- 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出して下さい。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下さい。ただし、本年度中75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。
- 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。
- 就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなったときは、5日以内に必ずこの券を保険者に返して下さい。
- 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下さい。
- 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせ下さい。

〒	□□□□□□□□	都道府県
住所	市区町村	

この二次元コードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。(券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません。)



切り取る必要はありません