

平成23年度特定保健指導利用券(案) 表面  
(本券はイメージであり、内容を変更する場合があります)

<<別紙2>>

(表面)

保険者 フリー入力欄 (外付けで入力)

特定保健指導利用の際には、利用券と被保険者用利用券を切り取ってお持ちください。

なお、〇〇区市町村で実施している特定保健指導の内容については、同封の「特定保健指導のご案内」をお読み下さい。

注意事項

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN



被保険者用特定保健指導利用券(2回目以降)

2011年(平成23年) 9月 1日交付

保険者番号 00133298 利用券整理番号 09200000001  
氏名 特定 健診  
性別 男  
保健指導実施機関名 \_\_\_\_\_

保健指導実施予定		
指導形態	予定日	実施
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ	年 月 日 AM/PM	

行動目標・行動計画	
腹囲	行動目標/行動計画
体重	
収縮期血圧(上の血圧)	
拡張期血圧(下の血圧)	
1日の削減	
1日の運動による	
1日の食事による	

特定保健指導利用券

2011年(平成23年) 9月 1日交付

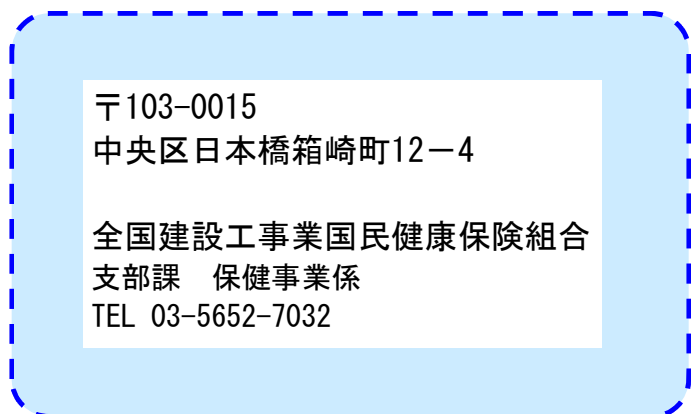
利用券整理番号 09200000001  
受診券整理番号 09100000001  
受診者の氏名 特定 健診  
性別 男  
生年月日 1940年(昭和 32年) 12月 31日  
有効期限 2012年(平成 24年) 3月 31日

特定保健指導区分	窓口での自己負担※		保険者負担上限額
	負担額	負担率	
積極的支援	0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

保険者所在地 中央区日本橋箱崎町12-4  
保険者電話番号 03-5652-7032  
保険者番号・名称 00133298 公印 省略  
全国建設工事業国民健康保険組合

契約とりまとめ機関名 集合B 医師会 個別契約  
支払代行機関番号 91399022  
支払代行機関名 東京都国民健康保険団体連合会  
※1 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



## 平成23年度特定保健指導利用券(案) 裏面

### 注意事項

(裏面)

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。
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良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、次回以降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、受診願います。
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、受診願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用した受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
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、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。