

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 | 円 | — | — | |
| | | 集団 | 円 | 円 | — | — | |
| | 詳細項目 | 貧血 | 個別 | 円 | 円 | — | — |
| | | | 集団 | 円 | 円 | — | — |
| | | 心電図 | 個別 | 円 | 円 | — | — |
| | | | 集団 | 円 | 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 | 円 | | — | — | |
| | | 集団 | 円 | | — | — | |
| 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 | 3 | 9 | 0 | 7 | | |
| | 名 称 | | | | | | |

| | |
|------------|----------------|
| 契約とりまとめ機関名 | |
| 支払代行機関番号 ※ | 90799024 |
| 支払代行機関名 ※ | 福島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。

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

【後期受診券 記載例(表)】

| 健康診査受診券 | | | | | | | | | | |
|---|---------|-------------------|--------------|---------|------------------|----------|---|---|---|---|
| 2011年（平成23年）11月28日 交付 | | | | | | | | | | |
| 受診券整理番号 | | 1119999999 | | | | | | | | |
| 氏名 | | コウキタロウ | | | | | | | | |
| 性別 | | 男 | 生年月日 | | 1935年（昭和10年）1月1日 | | | | | |
| 有効期限 | | 2012年（平成24年）3月31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 | ○ | 1,000円 | 0円 | — | — | | | |
| | | 集団 | | — | — | — | — | | | |
| | 貧血 | 個別 | △ | 0円 | 0円 | — | — | | | |
| | | 集団 | | — | — | — | — | | | |
| | 心電図 | 個別 | △ | 0円 | 0円 | — | — | | | |
| | | 集団 | | — | — | — | — | | | |
| | 眼底 | 個別 | △ | 0円 | | — | — | | | |
| | | 集団 | | — | | — | — | | | |
| | 健診以外の項目 | 生活機能評価 | 生活機能チェック | 個別 | ○ | 0円 | — | — | | |
| | | | 集団 | | — | — | — | — | | |
| 生活機能検査 | | 個別 | △ | 0円 | — | — | — | | | |
| | | 集団 | | — | — | — | — | | | |
| 追加健診 | | 個別 | △ | 0円 | — | — | — | | | |
| | | 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 | | 福島県〇〇市町村 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | 9999-99-9999 | | | | | | | |
| | 番号 | | 3 | 9 | 0 | 7 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | 名称 | | 〇〇市町村 | | | | | | | |
| 公印省略 | | | | | | | | | | |
| 契約とりまとめ機関名 | | ド/日、予、結、病、総 | | | | | | | | |
| 支払代行機関番号 ※ | | 90799024 | | | | | | | | |
| 支払代行機関名 ※ | | 福島県国民健康保険団体連合会 | | | | | | | | |

・再発行した場合は、「健康診査受診券(再発行)」と表示してください。

・「受診券整理番号」は、特定健診等データ管理システムから出力された番号を使用してください。
・「氏名」は、カタカナで表示してください。

・「実施項目」について、「詳細項目」、「生活機能評価」、「追加健診」、「人間ドック」を選択した場合は、「△」で表示してください。
・「窓口の自己負担」及び「保険者負担上限額」は、実施する項目の負担額等を表示してください。

・保険者の情報を表示してください。
・公印省略とする場合は、「公印省略」を表示してください。

・「契約とりまとめ機関名」は、集合契約Aについては「ド/日、予、結、病、総」と記載し、今後、集合契約B(代表契約)が締結されれば、順次「〇〇(該当都道府県名)集合B」と併記してください。
・「支払代行機関番号」は、「90799024」を表示してください。
・「支払代行機関名」は、「福島県国民健康保険団体連合会」を表示してください。

※ 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

【後期受診券記載例(裏)】

| | | |
|-----------|-------|-----|
| 〒999-9999 | 修正記入欄 | 〒 - |
| □□県△△市 | | |
| コウキタロウ 様 | | |

・左側の四角に「発送先情報」として、「郵便番号」、「住所」、「氏名」を表示してください。

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. 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。

・備考欄として自由に使用してください。