

# 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



【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								

※ 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

・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。

【後期受診券記載例(裏)】

〒999-9999 □□県△△市 コウキタロウ 様	修正記入欄	〒 -
<b>健康診査受診上の注意事項</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>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。)</li><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li></ol>		

・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。

・備考欄として自由に使用してください。