

# 特定健康診査受診券

年（平成 年） 月 日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	年（昭和 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		
特定健診	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		—	—	
	特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック 個別	—	—	—	—
			生活機能チェック 集団	—	—	—	—
生活機能検査		個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
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	0	0	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



【国保受診券記載例(表)】

特定健康診査受診券										
2011年(平成23年) 11月28日 交付										
受診券整理番号		11199999999								
氏名		コクホタロウ								
性別		男	生年月日	1970年(昭和45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					
特定健診	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		—		—	—			
特定健診以外の項目	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		—		—	—				
保険者等	所在地	福島県〇〇市町村								
	電話番号	9999-99-9999								
	番 号	0	0	0	7	9	9	9	9	公印省略
	名 称	〇〇市町村								
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									

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

※ 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、「特定健康診査受診券(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。

【国保受診券記載例(裏)】

〒999-9999 □□県△△市 コクホタロウ 様	修正記入欄	〒 -
<b>特定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。 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。)</li><li>2. 特定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. 特定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. 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。