

〒 520-0000 滋賀県サンプル市サンプル町 3 丁目 3 番 3 号  サンプル ハナコ 様  	修正記入欄 〒 -  電話番号記入欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

※ 線の枠内が窓から見える様お願いします。

1

別に提供するExcelデータに紐づいた整理番号が印字されますので、窓枠から番号が見えるようにしてください。

特定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。  
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)

できるだけ電話番号記入欄に電話番号をご記入ください。

健診の結果により、保健指導または医療が必要と判断された方に対して保険者から連絡するときを使用することがあります。

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。
  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。
  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。
  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くください。
  7. 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。
  8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。
- ※ 特定健康診査の結果特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から1週間以内に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。
- ①. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
  - ②. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、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。

市町からのメッセージ 1

市町からのメッセージ 2

## 特定健康診査受診券 (セット券)

2024年(令和06年)04月01日 交付

受診券整理番号	24500000001						
氏名	サンプル ハナコ						
性別	女	生年月日	1955年(昭和30年)07月20日				
有効期限	2025年(令和07年)03月31日						
健診内容		実施形態	実施項目	窓口の自己負担		保険者負担 上限額	
				負担額	負担率		
特定健診	基本項目	個別	○	0円	—	—	
		集団	○	0円	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		心電図	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		眼底	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
	血清 クレアチニン	個別	△	0円	—	—	
		集団	△	0円	—	—	
	外特定 項目 健診以	追加健診	個別	○	0円	—	—
			集団	○	0円	—	—
人間ドック	個別	—	—	—	—	—	
	集団	—	—	—	—	—	

注) △は、基本項目の結果及び保険者の契約内容を確認し実施します。

保健指導窓口の自己負担額	0円
--------------	----

検査項目	実施基準該当者 ※1,2	※1 ○印の場合は、前年度の健診結果が実施基準に該当し、かつ医師の判断により実施されます。 ※2 △印の場合は、今年度の健診結果が実施基準に該当した場合、医師の判断により実施されます。
眼底	△	

保 険 者 等	所在地	サンプル市サンプル町1丁目1番1号								
	電話番号	077-500-0000								
	番号	0	0	2	5	0	0	0	0	公印省略
	名称	サンプル市								

契約とりまとめ機関名	医師会
支払代行機関番号 ※3	92599026
支払代行機関名 ※3	滋賀県国民健康保険団体連合会

※3 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

◎ 裏面に電話番号記入欄がありますので、ご記入ください