

特定保健指導利用券

20XX年X月X日交付

利用券整理番号

特定健康診査受診券整理番号

受診者の氏名 (カタカナ表記)

性別

生年月日 (和暦表記)

有効期限 20XX年 3月31日

特定保健指導区分 積極的支援

窓口での自己負担

負担額又は負担率	
保険者負担上限額	

保険者所在地 〒330-9792

埼玉県さいたま市中央区新都心3-1

保険者電話番号 0120-97-8484

保険者番号・名称 日本郵政共済組合

3	1	1	1	0	2	8	1
---	---	---	---	---	---	---	---

契約とりまとめ機関名 共済組合連盟集合A、集合B

支払代行機関番号 94899010

支払代行機関名 支払基金

見本

印

注意事項

1. 特定保健指導を利用するときは、この券と組合員証又は被扶養者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。
2. 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。
3. 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 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。
5. 保健指導結果のデータファイルは、決裁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、5日以内にこの券を保険者に返してください。
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があります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。