

# 特定健康診査受診券(セット券)

20××年×月×日交付

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 20××年3月31日

健診内容  
・ 特定健康診査  
・ その他(当日保健指導)

窓口での自己負担

特定健診(基本部分)

負担額又は負担率	
----------	--

特定健診(詳細部分)

その他(当日保健指導)

負担額又は負担率	
----------	--

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

印

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、A 集合B、B

支払代行機関番号 94899010

支払代行機関名 支払基金

# 注意事項

- この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄に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。)
- 特定健康診査を受診するときには、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受診できません。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。

- 医療機関に受療中の場合、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。
- 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。

住所

〒 -
-----
-----