様式１

この受診券の送付先

特定健診受診券（セット券）

この券は、特定健診を受ける際に必要となるものです。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象となった場合は、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（初回面接）をご利用いただくことができます。なお、健診当日から１週間以内の特定保健指導は、実施している健診機関のみのご利用となりますのでご留意ください。

- ○ この受診券により、特定健診を受診できる健診機関、健診当日から１週間以内に特定保健指導もご利用いただくことができる健診機関などの情報は、協会けんぽホームページに掲載していますのでご参照ください。
- ○ 受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認ください。
- ○ 健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の額（※１）	−	保険者負担額（※２）	＝	自己負担額（※３）

※１ 健診の予約をする前に健診機関にお問い合わせください。
※２ この受診券に記載しています。
※３ 自己負担額が「０円」以下の場合は、窓口での自己負担額は０円となります。

この受診券の発送元

切り取ってご使用ください

特定健康診査受診券（セット券）

年　月　日交付

受診券整理番号
被保険者証の記号及び番号　記号　番号
被扶養者番号

フリガナ
受診者の氏　名
性　別
生年月日

有効期限

健診内容
- 特定健康診査
- その他（当日から1週間以内の保健指導）

医療保険者の負担

	負担額又は負担率	負担額
特定健診（基本部分）		
特定健診（詳細部分）		
その他（保健指導・積極的）		
その他（保健指導・動機付け）		

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称　全国健康保険協会（　　）

契約取りまとめ機関名　集合Ｂ①　協会集合Ａ①　協会集合Ａ②
個別契約

支払代行機関番号　94899010

支払代行機関名　社会保険診療報酬支払基金

切り取らないでください

注　意　事　項

1. この券の交付を受けたときは、必ず下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。
2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。ただし、本年度中に75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。
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。
5. 健診（・保健指導結果）のデータファイルは、決済代行機関に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. この券は、就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内に必ず保険者に返却してください。

   就職等により被扶養者資格を喪失した後に、この券を利用して特定健康診査を受診された場合は、後日、協会けんぽが補助を行った健診費用をお返しいただくことになります。
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刑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、すぐに保険者に申し出して訂正を受けてください。
9. 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせください。
10. ※ **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時は、以下にご注意ください。**
11. 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。
12. 窓口での自己負担額は、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。
13. 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。

〒□□□−□□□□　都道府県
市区町村

受診券二次元バーコード　利用券二次元バーコード

この二次元バーコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。（券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません。）