

サラリーマンの扶養家族となっている配偶者等の方のために 特定健康診査・特定保健指導の受診券・利用券について

平成20年4月から特定健康診査・特定保健指導が始まりました。特定健康診査・特定保健指導とは、メタボリックシンドロームに着目した健診を行い、その結果、生活習慣病の発症のリスクがあり、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、生活習慣を見直すサポートを実施するものです。

(詳細は「平成20年4月から特定健康診査・特定保健指導が始まりました！」をご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info02_66.pdf)

特定健診・保健指導は、ご加入の医療保険の保険者¹が契約(委託)する医療機関等(実施機関)で受けることができます。

特定健診・保健指導を受診するには、被保険者証(保険証)と受診券(特定健診)、もしくは利用券(特定保健指導)が必要です。またご加入の保険者によって自己負担額が異なりますが、受診券及び利用券に掲載されておりますので、ここでは、受診券、利用券の見方をご案内します。なお、ここでお示しする標準的な受診券・利用券の例は、「集合契約²」という契約を締結している保険者から発行されるものに限られます。

受診券(特定健診)について

ご加入の保険者から対象者に受診案内や受診券が配布されます。

受診券の発行にあたり、申請が必要な場合があります。

受診できる実施機関は、受診案内(もしくは加入されている保険者のホームページ等)で確認できます。ご案内がない場合は、保険者にお尋ねください。

受診する場所を決めたら、**行く前に実施日時、予約の有無、料金等を実施機関に確認し、予約が必要な場合は予約し、受診券の裏面の住所の欄に住所(結果送付のために使います)を記入してください。**

被保険者証と受診券を実施機関の窓口を持参し、券面に示された自己負担(保険者や実施機関により金額は異なります)を支払い、特定健診を受けてください。

受診券の裏面の注意事項をご確認ください。

1 保険者: 健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のことを「保険者」といいます。(国民健康保険、全国健康保険協会(旧政管健保)、▲▲健康保険組合、○○共済組合、 国保組合など)

2 集合契約: 別紙の集合契約についてのチラシを参照

< 受診券の例 >

おもて面

特定健康診査受診券													
2009年4月20日 交付													
受診券整理番号	09152531111												
受診者の氏名	トクテイ ケンシロウ												
性別	1 男												
生年月日	昭和40年9月1日												
有効期限	2009年10月31日												
健診内容	・ 特定健康診査 ・ その他 ()												
窓口での自己負担	<table border="1"> <tr> <td>特定健診(基本部分)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td>受診者負担20%</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td>保険者負担上限額1000円</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他(人間ドック)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td></td> </tr> </table>	特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担20%	特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率	保険者負担上限額1000円	その他(追加項目)	負担額又は負担率		その他(人間ドック)	負担額又は負担率	
特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担20%											
特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率	保険者負担上限額1000円											
その他(追加項目)	負担額又は負担率												
その他(人間ドック)	負担額又は負担率												
保険者所在地	〒100-8916 千代田区電ヶ関1-2-2												
保険者電話番号	03-5253-1111												
保険者番号・名称	00000000健康保険組合												
契約とりまとめ機関名	集合B、ド/日												
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												

うら面

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。
- 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。

〒 330-9713

埼玉県さいたま市中央区新都心1-1

受診者の氏名・性別・生年月日

被保険者証の記載と一致しているかをご確認ください。

有効期限

受診(予定)日は有効期限内か注意しましょう。

窓口での自己負担

- 特定健診(基本部分)**
全員が受診する項目です。
- 特定健診(詳細部分)**
血圧や血液検査の結果が、一定以上で、医師から必要と判断された方が受診する項目です。(心電図・貧血検査・眼底検査)
- その他(追加項目)・その他(人間ドック)**
個別契約で集合契約と異なる自己負担を定める場合のみ記載。

負担額又は負担率の記載例

- ・ 斜線あるいは欄なし

自己負担はありません。(無料)

- ・ 受診者負担 ● ● %

実施機関が提示する料金の ● ● % が自己負担となります。

- ・ 受診者負担 円

実施機関が提示する料金にかかわらず、自己負担は 円です。

- ・ 保険者負担上限 ▲ ▲ 円

実施機関が提示する料金から ▲ ▲ 円を引いた残りの金額が自己負担となります。

保険者電話番号

受診券についてのお問い合わせ先。

< 参考情報 > 契約とりまとめ機関名

この欄は、実施機関が、受診券を持ってこられた方が契約相手先の加入者かどうかを判断するためのものですが、記載内容によって、どこの実施機関で受診できるかを判断することもできます。

< 参考情報 > 契約とりまとめ機関名の記載例

集合B 、 集合A 、 個別契約

↓
個別契約が締結されている場合に表記。
個別契約の契約先で受診可能。

↓
全都道府県のパターンB の
契約先で受診可能。
「集合B(県、 県を除く)」と
記載されている場合は、 県、
県以外の45都道府県のパ
ターンBの契約先で受診可能。

↓
パターンA の6団体の傘下の実施機関で受診可能。
「ド/日」等の健診機関名が記載されている場合、人
間ドック学会傘下の機関で受診可能。

< 6団体の実施機関の略称 >

予: 予防医学事業中央会

全: 全国労働衛生団体連合会

結: 結核予防会

病: 全日本病院協会

総: 日本総合健診医学会

ド/日: 日本人間ドック学会、日本病院会

パターンA、パターンBにおける契約先(受診できる実施機関)は、受診案内をご確認いただくか、保険者にお問い合わせください。またパターンA、パターンBの契約形態の説明については、別紙の集合契約についてのチラシをご参照ください。

住所

必ず住所を記入してお持ちください。(健診結果送付等に用います。)

利用券(特定保健指導)について

ご加入の保険者から対象者に利用案内や利用券が配布されます。

特定保健指導を受けられる実施機関は、受診案内（もしくは加入されている保険者のホームページ等）で確認できます。ご案内がない場合は、保険者にお尋ねください。

受診する場所を決めたら、行く前に実施日時、予約の有無、料金等を実施機関に確認してください。

被保険者証と利用券を実施機関の窓口を持参し、券面に示された自己負担（保険者や実施機関により金額は異なります）を支払い、特定保健指導を受けてください。

受診券の裏面の注意事項をご確認ください。

< 利用券の例 >

利用券の各項目の見方は、受診券と同じです。

特定保健指導利用券								
	2009年9月10日交付							
利用券整理番号	09352531111							
特定健康診査受診券整理番号	09152531111							
受診者の氏名	トクテイ ケンシロウ							
性別	1 男							
生年月日	昭和40年9月1日							
有効期限	2010年3月31日							
特定保健指導区分	・ 動機付け支援 ・ 積極的支援							
窓口での自己負担	<table><tr><td>負担額又は負担率</td><td>受診者負担30%</td></tr><tr><td>保険者負担上限額</td><td>25000円</td></tr></table> (自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収)	負担額又は負担率	受診者負担30%	保険者負担上限額	25000円			
負担額又は負担率	受診者負担30%							
保険者負担上限額	25000円							
保険者所在地	〒100-8916 千代田区霞ヶ関1-2-2							
保険者電話番号	03-5253-1111							
保険者番号・名称	<table><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>健康保険組合	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0		
契約とりまとめ機関名	集合B、D/日、予、結							
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							

該当する保健指導区分の内容をお受けください。