

XXX-XXXX	
N N	(住所) (方書)
N N N N N N N N N N N N N N N N N N	(氏名)

NNNNNNNNNNNN (氏名)

特定保健指導利用上の注意事項

1. 特定保健指導を利用するときには、利用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. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してく
ださい。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支
払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以
降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応
じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、御了承の上、
利用願います。
6. 保健指導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、御了承の上、利用願います。
7. 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利用
はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してくだ
さい。
8. 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。
9. 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。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (備考1) NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (備考2)
--

(集合契約参加都道府県見出し)

NN

NNNN

NNNNNNNNNN (集合契約参加都道府県)