XXX-XXXX

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（住所）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（方書）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（氏名）

修正記入欄　－

注意事項

１．上記の住所欄に変更がある場合、御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。）

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。

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、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、御了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。

５．健診結果（・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、受診願います。

６．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受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。

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もあります。

８．この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等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、以下を御注意ください。

９．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。

１０．窓口での自己負担は、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。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。

１１．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、御了承の上、受診願います。

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考１）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考２）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県見出し）
ＮＮＮ
ＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県）