XXX-XXXX

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（住所）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（方書）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（氏名）

特定健康診査受診上の注意事項

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、受診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．特定健康診査は受診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。

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考１）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考２）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県見出し）

ＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県）