

特定保健指導利用券

交付

| | |
|---------|--|
| 利用券整理番号 | |
| 受診券整理番号 | |
| 氏名 | |
| 性別 | |
| 生年月日 | |

| | |
|------|--|
| 有効期限 | |
|------|--|

| 特定保健指導区分 | 窓口の自己負担※ | | 保険者負担 上限額 |
|----------|----------|-----|--------------|
| | 負担額 | 負担率 | |
| | | | |

※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

| | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 等 | 所 在 地 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | |
| | 番 号 | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

公印省略

| | |
|------------|--|
| 契約とりまとめ機関名 | |
| 支払代行機関番号※ | |
| 支払代行機関名※ | |

※実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください