XXX-XXXX NNNNNNNNNNNNNNNN（住所） NNNNNNNNNNNNNNNN（方書） NNNNNNNNNNNN（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は、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。）

２．特定健康診査を受診するときには、この券を窓口に提出するとともに、以下のいずれかにより保険資格の確認を受けてください。
・マイナンバーカードによるオンライン資格確認（受診する施設が対応している場合）
・マイナポータルの保険資格画面の提示
・マイナ保険証と資格情報のお知らせの提示
・資格確認書又は被保険者証

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、ご了承の上、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、ご了承の上、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から1週間以内に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。

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、ご了承の上、受診願います。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN（備考１）
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN（備考２）

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