XXX-XXXX

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（住所）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（方書）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（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、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、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。

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考１）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考２）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（**集合契約参加都道府県見出し**）

ＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（**集合契約参加都道府県**）