

# 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								公印省略
	電話番号								
	番 号								
	名 称								

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