

特定健康診査受診券

交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	
有効期限			

健診内容			実施 形態	実施 項目	窓口の自己負担			保険者負担 上限額
					負担額	同時実施	負担率	
特定 健診	基本項目		個別	○				
			集団	○				
	詳細 項目	貧血	個別	△				
			集団	△				
		心電図	個別	△				
			集団	△				
		眼底	個別	△				
			集団	△				
		血清クレアチニン	個別	△				
			集団	△				
	以 特 外 定 の 健 診 目	生活機能評価	チェック	個別	○			
			集団					
検査		個別	△					
		集団						
追加健診		個別	△					
		集団	△					
人間ドック		個別	△					
		集団	△					

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

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 ※	

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください